

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 12 juillet 1898, à 1 heure

Par PAUL BARON

Né à Pontarlier (Doubs), le 12 juillet 1869

Ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de l'hôpital Tenon

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Membre correspondant de la Société anatomique.

TORSION DU PÉDICULE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.

BRUN,
POIRIER, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE. 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 12 juillet 1898, à 1 heure

Par PAUL BARON

Né à Pontarlier (Doubs), le 12 juillet 1869

Ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de l'hôpital Tenon

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Membre correspondant de la Société anatomique.

TORSION DU PÉDICULE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.

BRUN,
POIRIER, } *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. BROUARDEL.
Professeurs MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	BERGER.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER, Chef de travaux anatomiques.	VARNIER.
BROCA.	HEIM.	RETTERER.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	WIDAL.
Pierre DELBET.	MARFAN.		WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE DOCTEUR BOUILLY

PROFESSEUR AGRÉGÉ

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL COCHIN.

Mon cher maître,

Veillez reconnaître dans ce modeste travail un reflet de votre enseignement et laissez-moi, en vous priant d'en accepter la dédicace, vous remercier du fond du cœur de vos bontés pour votre élève.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Il est d'usage de dédier sa thèse inaugurale aux maîtres qui pendant les longues années d'études nous ont prodigué leurs soins et leurs conseils. Comment leur exprimer par ce remerciement banal que notre reconnaissance ne l'est pas.

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

(Stage 1890. — Externat 1892)

Nous a montré les ressources de la clinique au lit du malade : nous avons conservé un souvenir très vif de son brillant enseignement.

M. LE DOCTEUR NÉLATON

PROFESSEUR AGRÉGÉ

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL ST-LOUIS

(Externat 1891. — Internat 1895)

Qui nous a accueilli avec tant de bienveillance au début de nos études médicales, nous a soutenu et fut pour nous un guide éclairé en même temps qu'un excellent maître.

M. LE DOCTEUR DELPEUCH

MÉDECIN DE L'HÔPITAL COCHIN

(Internat 1894-95)

Une heureuse fortune fit de nous son interne et nous avons gardé le meilleur souvenir de ces quelques mois.

M. LE DOCTEUR CHAMPETIER DE RIBES

ACCOCHEUR DE L'HOTEL-DIEU (ANNEXE)

(Internat 1896)

Nous offrons tous nos remerciements pour son enseignement, l'initiative qu'il a bien voulu nous laisser prendre sous sa direction à la Maternité de Tenon et sa grande affabilité qui ne s'est jamais lassée.

M. LE DOCTEUR TALAMON

MÉDECIN DE L'HOPITAL TENON

(Externat 1893. — Internat 1897)

dont nous avons successivement été l'externe et l'interne, nous a laissé la plus vive admiration pour sa profonde érudition et son grand sens clinique

M. LE DOCTEUR BAZY

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL ST-LOUIS

(Internat 1897)

Nous a enseigné les voies urinaires et nous a laissé souvent entreprendre des interventions sous son contrôle toujours bienveillant : toute notre gratitude lui est acquise.

Nous remercions MM. LEGUEU, POTHERAT, DEMOULIN et POTOCKI que nous regrettons de n'avoir eu comme chefs que quelques semaines.

Nous offrons tous nos remerciements à MM. RECLUS, GÉRARD-MARCHANT, CHAPUT, MICHAUX, RIEFFEL, chirurgiens des hôpitaux, qui ont bien voulu nous donner des observations pour notre thèse.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERGER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE LA PITIÉ.

INTRODUCTION

L'histoire de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire a été si souvent faite et refaite qu'il nous paraît inutile d'y revenir à nouveau. Qu'il nous suffise de signaler en France l'article fondamental de Terrillon en 1887 dont sont inspirées la grande majorité des publications qui ont suivi. La thèse de Mouis en 1890, complète l'article de Terrillon sur les questions d'historique et de symptomatologie que celui-ci laissait dans l'ombre. Mais depuis ce travail, les observations et les thèses se sont multipliées, apportant des faits et des idées nouvelles, bien que secondaires, sur la question.

Le Dr Bouilly a bien voulu nous faire part des observations recueillies dans son beau service de gynécologie à l'hôpital Cochin et qu'il a laissé complètement inédites. Ce sont ces observations autour desquelles nous avons pu en grouper quelques autres également inédites qui donnent tout son intérêt à notre thèse. Commencant en 1886 et échelonnées sur un nombre de douze années, elles sont suffisamment nombreuses pour permettre une étude d'ensemble et dégager ainsi les faits les plus saillants qui ont rapport aux causes et aux symptômes de l'affection : nous noterons aussi les lésions trouvées lors de la laparotomie et les diagnostics posés avant l'intervention. De cette étude un enseignement pourra ainsi sortir et à défaut de faits nouveaux, peut-être une manière nouvelle de les envisager.

CHAPITRE PREMIER

Étiologie.

Les causes de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire sont mal connues : aussi en décrit-on un grand nombre. Nous essayerons de les classer et nous donnerons ensuite celles qui ont paru incriminables dans les observations que nous avons recueillies.

Tout d'abord quelle est la *fréquence* de cette complication ?

Terrillon, Mouls concluent d'après leur statistique et après correction des statistiques précédentes à environ 6 ou 7 0/0.

Sur les 238 kystes dont nous avons retrouvé les observations dans la statistique du D^r Bouilly nous trouvons 18 kystes à pédicule tordu, ce qui nous donne une proportion de 7,56 0/0.

La proportion est un peu différente en ville et à l'hôpital.

A l'hôpital sur 163 kystes de l'ovaire 16 ont eu leur pédicule tordu, près de 10 0/0. Dans la clientèle de M. Bouilly sur 75 opérations de kyste on n'en trouve que 2 ayant eu une torsion du pédicule, ce qui ne fait pas tout à fait 3 0/0.

L'âge des malades ne paraît pas avoir par lui-même d'importance. On sait que les kystes de l'ovaire se voient surtout à la période d'activité sexuelle, mais non exclusivement. La torsion pourra donc se voir avec prédominance aux mêmes âges. La plus âgée de nos malades avait 55 ans, la plus jeune

avait 22 ans ; la maladie paraît avoir sa plus grande fréquence entre 25 et 40 ans.

La multiparité ne paraît pas jouer un rôle bien manifeste ; deux de nos malades étaient vierges, la plupart avaient eu 1 ou 2 enfants ; aucune grande multipare.

Exactement nous trouvons :

2 vierges ;

8 femmes ayant eu 1 enfant ;

4 femmes ayant eu 2 enfants ;

5 femmes ayant eu 3 enfants ;

2 femmes ayant eu 4 enfants ;

3 où le nombre n'est pas indiqué.

Quant aux causes paraissant jouer un rôle effectif dans la torsion de la tumeur, il nous semble qu'on peut les classer sous deux grands chefs :

1^o Changements dans la statique abdominale ;

2^o Modifications de la tumeur.

§ 1. — Changements dans la statique abdominale.

Il est d'abord des conditions qui semblent favoriser ces changements : *le relâchement de la sangle abdominale* ; la production d'*ascite* ; *la longueur du pédicule* ; *le volume du kyste*. Mouthon (1) dans sa thèse insiste sur la première condition. « Nous croyons qu'un certain degré de relâchement de la sangle abdominale avec ptose des viscères prédisposerait à la torsion ; le relâchement peut être consécutif à des accouchements répétés comme dans nos observations III et V ou provenir d'une disposition naturelle. Alors la tumeur, re-

(1) Thèse Paris, 1897.

lativement libre en avant et sur les côtés, est maintenue en haut par les viscères, en arrière par les lombes et la colonne vertébrale, au-dessous par le squelette pelvien. Elle pourra tourner sur son axe chaque fois que la malade, dans le décubitus dorsal, se tournera sur le côté. »

Il est certain que l'*ascite* qui accompagne en général les kystes malins, semble devoir favoriser la torsion en augmentant la mobilité et les glissements.

En réalité ces deux causes sont rarement signalées ; dans quelques-unes de nos observations nous trouvons mention d'un peu d'*ascite* : elle paraît consécutive à la torsion.

Le relâchement de la paroi n'est pas non plus signalé, aucune de nos malades, comme nous l'avons vu, n'était une grande multipare ce qui est la cause la plus habituelle des larges éviscérations qui sont la règle chez les femmes ayant eu 6 ou 7 grossesses : une observation de Le Dentu dans la thèse de Kisseloff se rapporte à une X^e pare.

La *longueur du pédicule* semble favoriser la torsion en permettant une plus grande mobilité. Et pourtant dans nos observations, la mention la plus souvent notée est celle-ci : court (obs. III, X, XII, XIII), large (obs. VIII et XX), intra-ligamenteux même (obs. VII) ; à une autre observation : « le pédicule n'existe pour ainsi dire pas ». Il est vrai que nous trouvons : très long et très large (obs. XVII, XIX) ; nous trouvons aussi des pédicules étroits, comme une artère (obs. XIV), comme le petit doigt (obs. XI), comme le pouce (obs. V et XVI) ; les longueurs données sont de 3, 5, 6, 10 centimètres (obs. III, V, XVI, XIX). Parfois même, les observations sont muettes sur ce point, ce qui peut faire supposer qu'on avait affaire à des cas moyens : il est juste d'ajouter

que la torsion a pour effet de raccourcir considérablement le pédicule.

Le *volume* de la tumeur semblerait *à priori* avoir de l'importance ; il est facile à comprendre qu'une tumeur petite a plus de mobilité à l'intérieur de l'abdomen qu'une grosse tumeur qui le remplit. Dans la réalité on trouve toutes les variétés, avec prédominance des tumeurs de moyen volume. Dans presque toutes nos observations il s'agit de tumeur sous-ombilicale renfermant 1 litre (obs. VII et XII), 1 litre 1/2 (obs. I, XVII), 2 litres (obs. II, III, VI) de liquide. On note aussi des tumeurs renfermant 4, 5, 6 litres de liquide (obs. IV, VIII, XI, XIV, XIX).

Dans une observation de Schwartz on trouve 10 litres de liquide.

En résumé nous voyons que ces conditions qui semblent favoriser la mobilité d'un kyste intra-abdominal ne sont pas toujours réalisées lorsque la torsion se produit.

Voyons maintenant quels sont ces changements de la statique abdominale qui ont été le plus souvent donnés comme causes de la torsion du pédicule.

a) *Les ébranlements de l'abdomen* signalés par Fränkel et Rokitansky qui se produisent surtout à l'occasion d'une exploration médicale, lors de la palpation ou des pressions nécessitées par l'examen. Nous avons retrouvé dans la thèse de Finaz (1), deux observations (obs. I et II) où l'on note un coup sur l'abdomen, et un coup de pied sur l'abdomen. Aucune de nos observations ne relate de faits analogues.

b) *Les alternatives de réplétion et de déplétion de l'intestin*

(1) FINAZ, Thèse Lyon, 1898.

et de la vessie ont été incriminés par Lawson Tait pour l'intestin, Rokitansky, Klab, Vercoutre pour la vessie. Ces derniers ont appuyé leur théorie d'expérience cadavérique, qui paraît concluante. Klab fixe une tumeur liquide à l'ovaire, et remplit la vessie ; il voit la tumeur prise entre la vessie qui se remplit et les parois du bassin tourner sur elle-même et ne point se détourner lorsqu'il vide la vessie. Vercoutre réussit de même. Mais il semble bien que l'expérience cadavérique ne se réalise pas sur le vivant, car tous les kystes de l'ovaire mobiles dans le petit bassin devraient être tordus, ce qui est loin d'être la règle : il est possible cependant que ces conditions soient réalisées parfois par la nature et qu'avec un kyste d'un volume déterminé et d'une situation donnée il se produise une rotation de son pédicule lorsque la vessie très remplie se vide.

c) *Les changements d'attitude et mouvements brusques du corps* ont été incriminés par Rokitansky et par Kidd. Dans deux de nos observations on note, une fois un voyage fatigant (obs. XVII) la veille, une autre fois la danse (obs. VII). Cette idée de Rokitansky a été reprise d'une manière plus précise par Potherat (1) qui incrimine le passage brusque de la position debout à la position accroupie. L'auteur pense que tous les cas peuvent s'expliquer par sa théorie, il ne laisse une place qu'à la grossesse comme autre facteur étiologique. Nous ne saurions mieux faire que de citer ce passage :

« D'après les lois de la physique, lorsqu'un sphéroïde est comprimé en deux points opposés de sa surface, il se déplace en

(1) POTHERAT et LENOBLE, *Gynécologie*, 1898.

exécutant un mouvement de rotation sur lui-même, qui peut être plusieurs fois répété. On peut assimiler les kystes de l'ovaire à ce sphéroïde. La torsion est toujours la conséquence d'une cause invariablement identique, le sujet se tenant dans la station debout s'est mis brusquement dans la position accroupie. En pareil cas la masse morbide et ronde se trouve comprimée entre deux plans résistants, l'un postéro-supérieur représenté par le diaphragme et les intestins, l'autre antéro-inférieur constitué par la paroi abdominale antérieure. La compression ne pouvant s'exercer qu'aux extrémités d'un de ses diamètres, il en résulte forcément que la tumeur ne se déplace qu'en exécutant un mouvement de rotation sur elle-même qui ne peut se faire qu'aux dépens de sa partie la plus grêle et la plus mobile de son pédicule. Celui-ci se trouve tordu sur son axe et si l'effort a été suffisant la torsion entraînera la formation de plusieurs tours de spire. Autrement il se ferait un simple déplacement latéral, n'entraînant le plus souvent qu'une coudure du pédicule. Il est probable que le nombre de tours de spire est variable suivant le volume de la tumeur, sa forme plus ou moins régulière, l'espace qui lui est réservé, l'intensité même de l'effort accompli. La tumeur reste le plus souvent immobilisée par les intestins qui la fixent sans retour possible à sa situation primitive. »

Finaz dans sa thèse reproche, avec juste raison, son exclusivisme à cette théorie. Au point de vue mécanique il nous paraît que la théorie de M. Potherat peut se réaliser de deux façons différentes. Dans un premier cas, la force supérieure diaphragmatique pousse la tumeur en avant, la force inférieure la pousse en arrière, ces deux forces agissent tangentiellement et la tumeur tourne alors autour d'un axe horizontal :

faisons remarquer que pour cela un pédicule très long est nécessaire et il faut en plus que les organes voisins s'y prêtent. Dans un second cas, les deux forces appliquées en sens contraire aux deux extrémités du diamètre d'un sphéroïde tendent à l'immobiliser, à l'écraser et non à le faire tourner : pour obtenir cette rotation il faut une troisième force agissant latéralement et qui déterminera le sens de la rotation, point sur lequel l'auteur ne dit rien. Cette force peut être représentée par la résistance d'un organe avoisinant le kyste (les parois du bassin par exemple), résistance qui décomposera la force venue des pressions supérieures et inférieures ; mais, on le conçoit, elle est essentiellement variable avec la position et le volume du kyste.

Il semble que les considérations physiques exactes ne peuvent trouver place ici où tout est variable avec chaque cas déterminé, torsion de la tumeur, volume de cette tumeur, la place qu'elle occupe dans le bassin ou l'abdomen qui varie continuellement avec les réservoirs urinaire et rectal.

M. Potherat a vu lui-même combien ces conditions étaient peu précises lorsqu'il dit que les tours de spire seront variables avec « le volume, la forme, l'espace qui lui est réservé, l'intensité de l'effort accompli ». Ce qu'il dit des tours de spire peut être, selon nous, dit de la rotation même de la tumeur.

La clinique enfin, les observations ne confirment point cette manière de voir, les malades sont prises tantôt debout, tantôt couchées, une malade que nous avons interrogée à ce point de vue (obs. XX) a été prise en préparant son thé debout légèrement inclinée : elle n'avait jamais souffert auparavant. Une autre a eu des crises successives qui l'ont prise la 1^{re} fois de-

bout, la 2^e fois la nuit dans son lit, etc., etc. En plus, la vie physiologique de la femme n'exige-t-elle pas, plusieurs fois par jour, le passage de la position debout à la position accroupie ? Signalons, à ce propos, une observation de Kisseloff (1) (obs. I) dans laquelle une malade du professeur Le Dentu a été prise de douleurs de torsion au moment de la miction. Peut-être dans ce cas, la théorie de M. Potherat était-elle exacte.

Citons encore à l'appui de cette théorie l'observation XVI de la théorie de Finaz où la malade fut prise en soulevant un fardeau.

Cette théorie peut donc selon nous expliquer certains faits mais elle ne peut pas être plus exclusivement invoquée que les autres.

d) *Le développement d'une tumeur au voisinage d'un kyste* a été signalé depuis longtemps comme favorisant la torsion de celui-ci ; cette tumeur est le plus souvent l'utérus en gestation. Barnes, S. Wells, L. Tait en rapportent des exemples. Kœberlé en 1874 et 1878 rapporte des cas où la tumeur était un kyste de l'ovaire. Reymond (*Société anatomique*, juin 1895) rapporte un cas du professeur Terrier de kystes dermoïdes symétriques des deux ovaires avec torsion du pédicule du kyste droit. Deux de nos observations (obs. I et X) signalent deux kystes dont un seul tordu. Nous ne tenons pas compte des cas où l'autre ovaire avait la grosseur d'une noix avec de petits kystes. Remy dans sa thèse d'agrégation 1886 où il étudie la grossesse compliquée de kyste ovarique en rapporte 11 cas. Dujardin (2) dans sa thèse intitulée : *Kyste de l'ovaire et grossesse*, signale la possibilité de la torsion et en rapporte une

(1) KISSELOFF, Thèse de Paris, 1896.

(2) Thèse de Lille, 1896.

observation due à Condamin de Lyon. Finaz (1) insiste aussi sur ces rapports de la grossesse et des kystes et en rapporte quatre observations dues à Laroyenne, Condamin et Fochier. M. Chavannaz et Boursier (2) insistent à la Société de gynécologie de Bordeaux pour l'opération immédiate dans ce cas, ne voyant pas de contr'indication dans la grossesse ; etc. Nous-même avons deux observations où la torsion du pédicule est compliquée de grossesse (obs. XVIII et XXII). Le danger de torsion existe pendant la grossesse où le kyste est refoulé par l'utérus qui se développe, pendant le travail où les pressions sur le kyste sont considérables (la théorie de Potherat pourrait s'étendre à cette circonstance) et surtout après l'accouchement où il se fait brusquement un vide dans l'abdomen, laissant la place aux évolutions du kyste. Aussi cette cause de torsion n'est-elle niée par personne.

Cependant des malades portant un kyste ont pu porter et accoucher sans inconvénient (obs. II). La malade qui fait le sujet de l'obs. XXI a eu deux accouchements après avoir connu son kyste ; là non plus il ne faut donc pas être exclusif.

e) *Le déplacement du kyste* a été signalé pour la première fois par Terrillon qui s'exprime ainsi : « on pourrait aussi admettre qu'une des causes principales de la torsion consiste dans le déplacement d'une tumeur encore peu volumineuse d'un côté à l'autre de l'abdomen. Ce déplacement a été plusieurs fois indiqué par les malades. »

Bénard (3) rapporte ce signe sans y insister. Séveno (4) au

(1) *Loco citato*.

(2) *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Bordeaux, 1898.

(3) Thèse Paris, 1898.

(4) Thèse Bordeaux, 1897.

contraire y insiste en le plaçant aux symptômes. Nous trouvons de temps en temps ce signe indiqué dans les observations, notamment celle de Texier (1) qui dit expressément : la tumeur était passée de droite à gauche mais toujours mobile.

Il nous paraît à ce sujet s'être établi une confusion : le fait du déplacement du kyste est vrai, il est important et nous comptons y insister mais il nous semble qu'il faut y voir plutôt l'effet que la cause de la torsion. La position du kyste lui est imposée dans une certaine mesure par son pédicule, celui-ci ayant changé, le kyste modifie sa place : nous étudierons donc ces faits à la symptomatologie.

§ 2. — Modifications de la tumeur.

Les modifications de la tumeur qui peuvent causer la torsion sont les suivantes :

- α) Inégalité d'accroissement de la tumeur.
- β) Nature de la tumeur (kystes dermoïdes).
- γ) Adhérences aux différents organes abdominaux.
- δ) Ponction de la tumeur.
- ε) Menstruation.

α) *L'inégalité d'accroissement de la tumeur* a été indiquée par Vercoutre (2) qui pense que certains kystes multiloculaires s'accroissent d'une manière inégale, ce qui amène un changement dans le centre de gravité de la tumeur et sa rotation autour de son axe. Nous sommes tenté d'attribuer une véritable importance à ce facteur étiologique : nous retrouvons en

(1) TEXIER, *Lyon médical*, 1897.

(2) *Revue de médecine militaire*, 1879.

effet plusieurs fois cette disposition notée dans nos observations (Obs. I, II, VI, VIII, XI, XVII, XX, XXI).

β) Cette considération nous conduit naturellement à parler de la *nature des tumeurs* où l'on observe le pus souvent l'étranglement du pédicule : d'après ce que nous venons de dire, on comprend la fréquence dans les statistiques des kystes dermoïdes, ou des kystes multiloculaires avec des parties solides. Thornton a dans sa statistique une forte proportion de kystes dermoïdes : nous-même en citons 4 cas (Obs. VIII, XIII, XXI, XXIII). Dans une autre de nos observations on avait affaire à une tumeur mixte, la grosse poche contenant une petite poche dermoïde (Obs. II) ; deux de nos kystes étaient des kystes parovariens (Obs. VII et XXII) ; souvent aussi des kystes multiloculaires avec des parties solides (Obs. I, IX, XI, XVII, XX), parfois pauciloculaires (Obs. III, V, VI) ; souvent aussi uniloculaires (Obs. IV, X, XII, XIV).

Il ne faudrait pas cependant attribuer à la nature de la tumeur une influence prépondérante et nous ne pouvons moins faire que de citer cette phrase de Lawson Tait que l'on trouve partout reproduite, car elle est typique : « la torsion est survenue avec des tumeurs de toute espèce, volumineuses, petites, lisses, globulaires, multi-kystiques, irrégulières, parovariennes, ovariennes, dermoïdes, enfin avec des tumeurs fibreuses solides. Pour qu'elle puisse se faire, il suffit que les tumeurs soient mobiles et aient un pédicule susceptible d'être tordu. »

γ) Les *adhérences* aux différents organes de l'abdomen pourraient évidemment favoriser la torsion du pédicule d'un kyste, en immobilisant une partie de celui-ci, tandis que les autres portions restent soumises aux différents changements

intra-abdominaux. Fränkel a signalé cette cause. Elle est bien difficile à vérifier, les adhérences que l'on trouve lors de l'opération étant presque toujours consécutives à la torsion. Des adhérences multiples empêcheraient cette torsion, aussi des auteurs ont-ils signalé l'absence d'adhérences comme favorisant la torsion (Mouls).

δ) La ponction d'un kyste modifie la tumeur de telle sorte qu'elle puisse se tordre. Thornton, Parizot (1) Schröder en rapportent des exemples.

Il se produit dans ces cas un phénomène analogue à celui qui se passe lors du développement inégal d'un kyste ; les petites loges alvéolaires d'un kyste multiloculaire par exemple font poids : « la partie la plus lourde tombe du côté opposé, de sorte que la tumeur se tord sur son axe et avec elle son pédicule (2) ».

Du reste, la ponction n'étant plus usitée que dans des cas exceptionnels, cette cause ne doit plus se rencontrer.

ε) La *menstruation* est-elle susceptible d'amener des modifications suffisantes dans un kyste pour favoriser sa torsion ? Obshausen a le premier attiré l'attention sur ce point. Thornton dans 18 cas, les a notés comme coïncidant avec l'apparition des symptômes aigus. On trouve cette coïncidence signalée dans presque tous les travaux qui en rapportent quelques observations. Guichard en cite 2 observations (obs. III Schwartz ; obs. XIV Polosson). Mermet (*Soc. anat.*, 1896) note l'exacerbation des douleurs au moment des règles ; Mouthon le note 2 fois sur 8 cas (obs. III et V) ; Finaz deux fois (obs. XI et XII) ; Seveno y insiste spécialement sous l'ins-

(1) Thèse Paris, 1886.

(2) SCHROEDER, *Maladies des organes génitaux de la femme*, 1886.

piration de Boursier qui avait noté ce symptôme dans ses communications (1). Nous l'avons relevé dans 5 de nos observations (obs. III, XI, XVI, XX et XXI). Dans une de nos observations (obs. X) les règles attendues ne sont pas venues.

Il semble bien qu'il soit utile de faire une distinction : il y a des cas où la torsion se produit pendant les règles et il y a des cas où la torsion s'accompagne de métrorrhagies. Ceci se trouve expressément noté dans des observations de Schwartz, de Finaz etc. et nous-même dans l'observation X, nous notons des hémorrhagies intermenstruelles ; dans l'observation XI, on voit le sang réapparaître après les règles.

En résumé, au milieu de cette multitude de causes, nous ne croyons pas qu'il faille être exclusif, chacune d'elles peut agir dans un cas donné : notons que souvent les malades ne trouvent aucune cause. On peut se rendre compte de la facilité avec laquelle se produit cette torsion : « on peut la produire par la palpation extérieure, tourner la tumeur et la faire revenir ensuite à sa position primitive. J'ai pu dans un cas pareil tourner la tumeur dans l'un et l'autre sens jusqu'au point de produire des douleurs intenses nécessitant le retour à la position primitive » (2).

Il y a une disposition remarquable des organes intra-abdominaux à tourner : on a signalé la torsion des salpingites (3) et tout récemment M. Delbet à la *Société de chirurgie* a montré qu'il existait des cas d'occlusion intestinale par torsion complète du mésentère et il en a rapporté deux observations (4).

(1) BOURSIER, *Congrès français de chirurgie*, 1892.

(2) SCHROEDER, *loco citato*.

(3) HARTMANN et RAYMOND, *Annales de gynécologie*, 1894.

(4) *Société de chirurgie*, juin 1898.

CHAPITRE II

Anatomie et physiologie pathologique.

Nous étudierons successivement l'état du pédicule, du kyste, du péritoine, des organes voisins.

§ 1. — Le pédicule.

Le pédicule d'un kyste est nécessaire pour qu'il y ait torsion. Les kystes inclus dans le ligament large ne sont cependant pas à l'abri de cet accident. Binaud et Chavannaz, Begouin et Fieux en rapportent chacun un cas, mais ils donnent à leurs observations un caractère exceptionnel qu'elles ne possèdent pas. Lawson Tait cite des cas analogues et nous-même en rapportons deux cas.

Les kystes parovariens, s'ils restent absolument inclus dans toute leur étendue, ne sont pas à l'abri d'accidents analogues séméiologiquement à la torsion (1), mais celle-ci est rendue impossible par l'absence de pédicule ; mais il arrive souvent qu'ils se développent vers l'abdomen, recouverts du feuillet supérieur du ligament large, celui-ci a conservé à peu près son aspect et forme pédicule à la tumeur, pédicule qui pour être large n'est pas à l'abri des accidents de torsion.

Dans les cas les plus habituels le pédicule d'un kyste de

(1) Thèse CocQUELET, 1897.

l'ovaire est formé par ses moyens de fixité anatomique, le ligament utéro-ovarien et le ligament infundibulo-pelvien par où lui viennent ses vaisseaux. Il n'est pas rare de voir la trompe reliée à l'ovaire par une de ses franges, faire partie du pédicule : parfois même la partie supérieure du ligament large tout entière tirillée par le développement du kyste fait partie du pédicule.

Sous cette enveloppe lorsque nous le coupons nous trouvons du tissu cellulaire, des vaisseaux et des nerfs qui sont ceux qui se rendent à l'ovaire : mais tous ceux-ci sont hypertrophiés ; les veines sont superficielles et parfois énormes, les artères centrales et moins volumineuses : on a trouvé des nerfs ayant la taille du cubital.

Comment se présente le pédicule tordu le plus habituellement : nous ne saurions mieux faire pour nous en rendre compte que de nous reporter à nos observations et nous avons vu déjà à l'étiologie que rien n'était variable comme sa taille : le plus long recueilli avait 10 centimètres : le plus court n'existait pour ainsi dire pas, fourni par le ligament large tordu, le kyste étant intraligamenteux, nous avons déjà cité les principaux chiffres relevés.

Même variété dans le *nombre* de tours décrit par le pédicule. Dans nos observations on relève depuis $\frac{1}{4}$ de tour (obs. VII, XII) jusqu'à 4 tours (obs. XIX). Le plus souvent 1 tour ou 1 tour $\frac{1}{2}$, notons que l'intensité des accidents n'est nullement en rapport avec le nombre de tours de spire que décrit le pédicule. Dans l'observation XIX où 4 tours complets étaient décrits par la tumeur, les parois du kyste sont violacées, congestionnées, sans hémorrhagies et le liquide, bouillon sale, c'est dire qu'il contenait à peine de sang. Ceci

se comprend aisément si l'on songe combien varie la forme des pédicules : la striction ne dépend pas seulement du nombre de spires ; considérable avec 1 tour pour un pédicule large et trapu elle sera faible avec deux ou trois tours pour un pédicule grêle.

Le *sens* de la torsion donne lieu à quelques considérations curieuses. Sp. Wells pensait que ce sens pouvait être quelconque. Rokitansky pensait au contraire que la torsion se faisait toujours de dedans en dehors quel que soit le côté de la tumeur. La moitié interne de la tumeur devient externe dans le premier demi-tour de spire, pour les kystes droits elle doit donc être de gauche à droite, *sinistrorsum* ; pour les kystes gauches de droite à gauche, *dextrorsum*.

Dans 10 de nos observations où le sens de la torsion est noté en même temps que le côté du kyste nous trouvons 8 kystes droits et 2 kystes gauches.

Sur les 8 kystes droits, 6 sont tournés *sinistrorsum*, 2 *dextrorsum*.

Les deux kystes gauches sont tournés *dextrorsum*.

En résumé la loi de Rokitansky s'est trouvée vraie 8 fois sur 10.

Les *lésions* du pédicule sont en général très écourtées dans les observations et on ne note pas le point où commence la striction : il doit du reste varier aussi suivant les cas ; quoi qu'il en soit, lorsque l'étranglement est serré, le pédicule se sphacèle et peut donner lieu à un curieux phénomène déjà signalé dont nous rapportons 1 cas : c'est le détachement du kyste qui se trouve libre dans l'abdomen et qui est cueilli lors de la laparotomie (obs. XV). Dans d'autres cas, le kyste enflammé contracte des adhérences qui tiraillent ce pédicule

déjà malade, l'allongent et peuvent finir par le détacher aussi. Chalot, Pozzi (1), ont rapporté des observations où ces lésions furent trouvées.

Dans les cas moyens le pédicule se trouve seulement congestionné et œdématié.

Les premiers auteurs qui ont écrit sur la torsion du pédicule ont décrit un degré de constriction si favorable que la nutrition diminuant peu à peu sans qu'il y eut sphacèle, la tumeur diminuait et finissait par guérir en devenant fibreuse et calcaire. Vercoûtre avait poussé la chose plus loin et recommandé la torsion comme moyen curatif ! Ces cas existent certainement mais à l'état d'exception et de grande exception. Dans toutes les observations récentes que nous avons lues nous n'avons trouvé qu'une observation dans la thèse de Finaz (2), et encore y a-t-il eu une ponction de ce kyste pris d'abord pour une hématoçèle. Pas de laparotomie (obs. XIV).

M. Bouilly et les différents chirurgiens que nous avons interrogés, n'ont jamais constaté ce fait.

§ 2. — Le kyste.

Les considérations où nous sommes entré au chapitre précédent à propos de la nature et du volume des kystes tordus nous dispensent d'y revenir.

Nous serons bref sur les lésions du kyste, ces faits étant très connus et décrits partout. Disons dès maintenant que nous n'adopterons pas les expressions de torsion lente et tor-

(1) *Annales de gynécologie*, 1890.

(2) *Loco citato*.

sion brusque, les lésions, comme les symptômes, varient seulement avec le degré de l'étranglement et celui-ci n'est pas sous la seule dépendance du temps que les lésions ont mis à se constituer.

On peut admettre 3 degrés dans cet étranglement : au 1^{er} degré il y a congestion, au 2^e degré, hémorrhagies, au 3^e degré sphacèle avec les complications qu'il entraîne.

Le 1^{er} degré se voit rarement, bien que l'on opère actuellement à peu près tous les kystes de l'ovaire et qu'on puisse ainsi trouver des torsions non soupçonnées. Nous trouvons dans deux de nos observations que les parois étaient saines mais violacées (obs. XVI) et violacées sans altérations (obs. XIX) ; dans ces cas le liquide est citrin ou faiblement hémorrhagique.

Le 2^e degré se caractérise par des épanchements sanguins dans la paroi et à l'intérieur du kyste. Il existe toute une série d'intermédiaires, depuis des ecchymoses légères jusqu'à l'hémorrhagie en nappe qui peut emporter la malade. Dans la série de nos observations nous notons des ecchymoses (obs. XVII et XXI), des infarctus ou foyers apoplectiques (obs. IV, V et XIII), l'infiltration partielle des parois (obs. XII), enfin les parois tout entières infiltrées de sang (obs. I, X, XI).

Le liquide dans ce cas est mêlé à du sang et sa coloration varie selon l'époque plus ou moins lointaine où s'est fait l'épanchement. La comparaison généralement employée est celle du chocolat.

On comprend que cette hémorrhagie ajoute une quantité de liquide à celle déjà contenue dans le kyste qui augmente ainsi de volume et de tension comme il est souvent noté.

Quant au mécanisme de cette hémorrhagie il est très bien

décrit par Terrillon : « L'arrêt de la circulation ne s'est pas effectué en même temps dans les artères et dans les veines ; celles-ci ont été les premières oblitérées par la compression à cause de leur position excentrique dans le pédicule et de la minceur de leur paroi, pendant ce temps les artères continuent à amener du sang. Sous l'influence de l'augmentation de la tension vasculaire produite par la difficulté de la circulation veineuse, la paroi si fragile des vaisseaux kystiques peut se rompre et donner lieu à un épanchement sanguin » (1).

A un 3^e degré enfin, la circulation est complètement interrompue et il se fait du sphacèle. Là encore différents degrés, aspect pâle et anémié, paroi friable (obs. XI), puis le kyste porte des plaques de sphacèle par place (obs. II, III, XIV), parfois tout le kyste a la teinte feuille morte (obs. VIII, IX) ; dans ces cas l'on peut observer une rupture du kyste qui s'épanche à l'intérieur de l'abdomen (obs. XX).

Signalons les lésions des organes voisins :

Le péritoine réagit presque toujours par une inflammation qui se traduit par de la rougeur et de l'œdème autour du kyste trouvés lors de la laparotomie et la formation d'adhérences qui sont notées dans la grande majorité des observations. Exceptons-en les observations VII, XVI, XVII, XIX où il est spécifié qu'il n'en existe pas : ce sont les cas légers où l'étranglement est peu serré.

Dans les cas de rupture du kyste il se déclare une péritonite qui serait rapidement mortelle si l'on n'intervenait pas (obs. XX).

La *trompe* est souvent entraînée dans la rotation du kyste

(1) TERRILLON, *loco citato*.

et fait partie du pédicule. Le fait est spécifié aux observations VIII, XIII et XVII.

L'*intestin* lui-même qui a pu adhérer au kyste lors d'un premier degré de torsion, tourne avec lui à une seconde crise : il se produit alors de l'occlusion intestinale. BÉNARD (1) en rapporte une observation et conclut d'ailleurs à la rareté de cet accident.

Le *ligament large* peut être thrombosé et occasionner par la suite de la phlegmatia alba dolens. Terrillon (2) en rapporte un cas. Nous avons trouvé noté une fois de la thrombose des veines du pédicule, sans accidents consécutifs d'ailleurs (obs. V) ; une autre fois (obs. XXIII) on note à la section du pédicule un caillot dans une veine. Aucun accident.

(1) BÉNARD, Thèse Paris, 1898.

(2) TERRILLON, *loco citato*.

CHAPITRE III

Symptômes et marche de la maladie.

Il est d'usage, après la monographie de Terrillon, de décrire deux formes de torsion : une torsion brusque et une torsion lente. Boursier s'est élevé le premier (1) contre cette manière d'envisager les choses et dit qu'il est bien plus juste de considérer le degré d'étranglement. « Lorsque l'étranglement est complet, supprimant à la fois les circulations artérielles et veineuses, on voit survenir des accidents foudroyants comme intensité et comme rapidité : de là le nom de torsion brusque. Si, au contraire, l'étranglement est incomplet, que la circulation dans le kyste est seulement gênée, amoindrie sans être interrompue, les accidents sont moins intenses, ils peuvent s'atténuer et l'évolution ultérieure du kyste est simplement modifiée : ce sont ces cas qui sont désignés sous le nom de torsion lente. . . même dans les formes lentes les premiers accidents apparaissent avec soudaineté » nous nous rangerons absolument à cette manière de voir.

§ 1. — Crise de torsion.

Toute la symptomatologie de la torsion se résume pour nous dans la *crise* douloureuse avec réaction péritonéale qui

(1) *Congrès français de chirurgie*, 1892.

l'accompagne : ce signe ne manque jamais, c'est lui qui met le plus souvent sur la voie du diagnostic. Nous décrirons donc la crise d'étranglement telle qu'elle se présente habituellement, pour noter ensuite les cas où elle est défigurée soit par son peu d'acuité, soit par sa violence.

Le début de l'étranglement est généralement soudain, brusque dans toute l'acception du mot, la malade étant prise en pleine santé au moment de la torsion de son kyste, qui peut se produire comme nous l'avons vu à tous les moments de la journée ou de la nuit, la femme étant debout, assise, couchée, accroupie, parfois à l'occasion d'un effort, ou à la suite de fatigues. Signalons parfois qu'avant cette crise de douleurs aiguës, la femme a déjà souffert un peu de son kyste, mais ces douleurs sont généralement à très longue échéance : 7 ans (obs. IV), 6 ans (ob. IX), douleurs vagues depuis longtemps (obs. XIV), douleurs légères avant (obs. XIX) et il est assez logique de penser que dans ces cas, la femme se plaint plutôt de la gêne douloureuse avec phénomènes de compression qui peut accompagner un kyste de l'ovaire non tordu que de douleurs ayant précédé la torsion.

Cette *douleur* qui débute brusquement est en général très vive, la malade la compare à des tiraillements, des déchirements, des « grouillements », pincements, sensations de torsion même, soulagés par des positions spéciales (obs. XIX) ; elle siège en général du côté du kyste, d'où elle s'irradie dans les reins et surtout dans la cuisse correspondante : cette irradiation à la cuisse pour être un fait banal, a son importance car elle est notée dans la grande majorité des observations.

Cette douleur oblige en général les malades à garder le lit

immédiatement et bientôt se fait la réaction péritonéale caractérisée par du ballonnement du ventre, des nausées, des vomissements et de l'accélération du pouls, plus rarement d'élévation de la température.

Nous ne nous arrêterons pas ici à discuter s'il s'agit dans ces cas de « péritonisme », comme le voulait Gubler et après lui Mouls (1) qui voit là une réaction réflexe due à la compression des nerfs du pédicule, ou de péritonite. Celle-ci paraît s'affirmer suffisamment par la présence d'adhérences. Ces phénomènes nous paraissent tout à fait comparables à ceux de l'épiplocèle étranglée dans son sac.

Le météorisme est plus ou moins prononcé, mais fait rarement défaut et devient un obstacle sérieux à l'examen de l'abdomen. Les vomissements d'abord alimentaires deviennent muqueux, bilieux et persistent parfois fort longtemps. Il est rare que l'arrêt des gaz et des matières qui existe dans les premières heures se prolonge longtemps.

A la suite de cette crise la malade garde le repos huit ou quinze jours, les douleurs atroces pendant les 48 premières heures vont en diminuant, l'abdomen revient sur lui-même, l'alimentation est possible et après un mois la malade plus ou moins remise peut reprendre ses occupations ; mais presque toujours le *kyste reste douloureux* au toucher, probablement à cause des adhérences contractées.

Telle est la forme habituelle d'étranglement par torsion, celle que nous trouvons décrite à quelques variantes près aux observations I, II, III, IV, VI, VII, IX, XI, XII, XIII, XIV, XVI, XVII, XIX, XXI, XXII ; mais parfois cette crise est moins grave, d'autres fois le tableau est encore assombri.

(1) MOULS, *loco citato*.

La forme *légère* peut être si peu prononcée que les femmes ne se plaignent pas du tout et la torsion est trouvée à la laparotomie, il n'y a pas eu d'étranglement ou il a porté sur un territoire infime (obs. V et VIII). Là pas de crises douloureuses et cependant on trouve une torsion et du liquide hématisé dans une des poches (obs. V), une paroi altérée et des adhérences (obs. VIII), à un degré un peu plus avancé les crises sont caractérisées par des douleurs revenant de temps à autre, mais ces crises légères succèdent la plupart du temps à une crise plus grave ; il est rare qu'elles la précèdent (obs. IX).

Dans la forme *grave*, foudroyante, au contraire, on a l'aspect de la péritonite aiguë. Nous rapportons deux observations de cette forme grave (obs. XVIII et XX). La douleur est syncopale, dans l'observation XX, la perte de connaissance a même précédé la douleur. Le pouls devient petit, incomptable, le facies est grippé avec les yeux excavés ; les nausées ou les vomissements sont continuels, le météorisme considérable et les malades paraissent en imminence de mort et sans l'intervention il est à supposer qu'elles ne survivraient pas : dans l'une de ces observations le kyste était rompu et le liquide contenu dans l'abdomen d'aspect purulent, deux jours après la torsion.

La forme grave prend parfois une autre allure, nous voulons parler de l'hémorragie. Spencer Wells cite deux observations où les femmes ont succombé à cet accident : nous n'avons pas d'observations analogues et les publications récentes n'en contiennent pas non plus : c'est donc un fait rare, il faut néanmoins en tenir compte. Dans ces cas, les symptômes sont ceux d'une hémorragie interne, décoloration

rapide des tissus, anhélation, sueurs froides, nausées, le pouls devient petit, incomptable et les malades succombent dans le collapsus : il est évident que dans ces cas l'intervention est d'extrême urgence, elle seule peut sauver des malades qui succombent sans elle en quelques heures.

L'écoulement de sang par les voies naturelles est un signe important : nous en avons parlé à l'étiologie : l'accident a lieu pendant les règles, d'autres fois il cause par lui-même une métrorrhagie. Boursier attribue une importance spéciale à ce phénomène et classe ces malades dans une catégorie particulière : nous pensons que c'est peut-être aller un peu loin, (voir chap. *Etiologie*). Nous avons noté 5 fois ce symptôme qui a par conséquent son importance.

§ 2. — Signes physiques.

Si nous procédons à l'examen de l'abdomen d'une femme dont le kyste est tordu sur son pédicule, on constate une série de signes qui mettent sur la voie du diagnostic.

Pendant la crise, l'examen est rendu très difficile par la douleur qui ne permet pas les palpations profondes et par le météorisme qui déforme l'abdomen ; c'est dans ces cas où les erreurs sont le plus facilement commises, surtout si l'on ignore l'existence du kyste, que l'on a pu faire le diagnostic de péritonite (obs. XVIII. 1^{er} diagnostic rectifié par M. Bouilly), d'hématocèle rétro-utérine (obs. XX) et dans des cas moins graves où le symptôme douleur domine la scène, de coliques néphrétiques (obs. IV) ou de coliques hépatiques (obs. XVII).

Après la crise, lorsque les symptômes s'amendent on constate des signes importants.

Le kyste est douloureux : à l'état normal le kyste de l'ovaire est absolument insensible aux pressions que l'on exerce et un examen même prolongé ne cause aucune douleur : après torsion de son pédicule au contraire, le moindre attouchement arrache un cri ou une plainte à la malade qui se défend en raidissant sa paroi abdominale. Ce signe est constant, et même lorsque la crise douloureuse a manqué (obs. VIII) la malade se plaint.

Le kyste est augmenté de volume. Ce fait est fréquemment signalé et tient à deux causes, l'épanchement de sang à l'intérieur de la poche et dans les parois du kyste et à l'œdème péri-kystique dû à la compression et peut-être à la péritonite concomitante, cette constatation ne peut souvent être faite que quelques jours après les accidents et la comparaison est alors d'autant plus frappante.

Il est enfin deux autres symptômes sur lesquels M. Bouilly appelle l'attention et qu'il dit avoir souvent constatés, bien qu'ils ne soient consignés que rarement dans les observations : c'est l'immobilisation et le déplacement du kyste.

Nous trouvons dans l'obs. II, un exemple d'immobilisation. La malade connaissait son kyste depuis de longues années, qui était « très mobile et absolument indolent, du volume du poing, il roulait partout dans le ventre sans jamais faire souffrir la malade ;... 3 jours après le début de ses douleurs, la tumeur jusqu'alors très mobile se fixe et depuis ne bouge plus, remplissant la fosse iliaque droite ».

Dans d'autres cas, le kyste se *déplace*, nous avons vu que l'on avait pris ce signe pour une cause de torsion alors qu'il paraît bien plutôt en être l'effet. Ce déplacement en effet est consécutif aux douleurs et l'on conçoit facilement que le

kyste doit obéir jusqu'à un certain point à son pédicule, et lorsque celui-ci a changé ses rapports, le kyste se trouve lui-même ailleurs. Nous avons un bel exemple de ce déplacement dans l'observation XVIII. M. Bouilly dit : « Je suis très frappé par le déplacement du kyste qui est venu se placer sur la ligne médiane, alors que quelques mois auparavant j'avais nettement constaté sa présence dans la fosse iliaque droite ».

Seveno (1) avait déjà signalé ce signe et dit : « quand un petit kyste occupant le côté gauche passe au côté droit brusquement et que ce déplacement s'est accompagné de douleurs et de vomissements, on doit songer à la torsion du pédicule.

Guichard (2) insiste sur ce signe : « avec de petits kystes on peut admettre que la tumeur très mobile vient de se déplacer et que dans son déplacement son pédicule s'est tordu : s'il s'agit de tumeur volumineuse on est forcé d'admettre que le changement de position de la tumeur s'est fait à un moment où elle était de petit volume, que la tumeur s'est développée dans cette place anormale et que la torsion du pédicule s'est constituée ou s'est exagérée secondairement et progressivement par le fait même de l'accroissement du kyste. » Nous avons vu que les faits ne semblent pas confirmer cette opinion, au moins dans la majorité des cas, le déplacement se faisant au moment de la torsion.

Le *toucher* vaginal doit être toujours pratiqué : il permettra de sentir si la tumeur fait corps ou non avec l'utérus, il laissera apprécier dans un certain nombre de cas les déviations de celui-ci. Il permet de sentir la fluctuation ren-

(1) *Loco citato.*

(2) *Loco citato.*

voyée de la main abdominale, nous n'insistons pas sur ces signes qui sont surtout ceux d'un kyste de l'ovaire ordinaire. Signalons cependant qu'une fois, le toucher a permis de sentir une corde qui a été supposée immédiatement être le pédicule du kyste tordu.

§ 3. — Marche et terminaisons.

Nous avons assisté à la crise de torsion survenue chez une malade portant un kyste. Que va-t-elle devenir par la suite ?

Si la crise a été très légère, pouvant à peine porter ce nom, les douleurs diminuent rapidement et après quelques jours, un ou deux parfois, la malade reprend ses occupations, à peine plus gênée qu'auparavant. Nous avons vu combien étaient rares les cas de guérison spontanée.

Si la crise a été très grave, la malade ne tarde pas à succomber si l'on n'intervient pas.

Aux crises d'intensité moyenne, celles qui répondent à la majorité des cas, font suite des phénomènes qui peuvent se ranger en deux catégories suivant que l'étranglement a été plus ou moins complet. Si l'étranglement est complet, la paroi du kyste ne peut plus se nourrir, le sphacèle se déclare et avec lui une péritonite subaiguë qui mène les malades au marasme et à la cachexie. Le météorisme et les vomissements persistent ne permettant qu'une alimentation incomplète, la fièvre s'allume, atteignant 38°5 ou 39° le soir, l'amaigrissement se prononce et dans ces cas aussi la malade s'achemine vers la mort si l'on n'intervient pas : les interventions auront d'ailleurs d'autant plus de chance de succès qu'elles seront plus précoces. Nous avons des exem-

ples de cette évolution dans les observations III, IV, VI, IX et XI où l'intervention fut pratiquée, 8 jours, 3 mois, 3 semaines, 2 mois, 10 jours après la crise grave, les malades ayant encore des vomissements et de la température, hâtons-nous de dire que toutes ont guéri.

Si l'étranglement a été moins serré, dans la majorité des cas en somme, la malade entre en convalescence au bout de douze à quinze jours, ses fonctions se rétablissent, des adhérences se forment autour du kyste qui reste plus volumineux et douloureux. Au bout d'un temps variable cette femme est exposée à une seconde crise, puis à une troisième, etc., etc. : les crises peuvent être ainsi très nombreuses : tantôt leur gravité est croissante, tantôt elle reste à peu près la même et nous pouvons dire que telle est l'évolution habituelle des torsions.

Boursier (1) est le premier à signaler comme habituelle cette marche de la maladie, à peine esquissée avant lui. Il classe en deux groupes ces malades : dans le premier il range les malades dont les crises se répètent à chaque époque menstruelle, dans le second celles dont les poussées péritonéales se reproduisent à longue distance à intervalles irréguliers. Cette division nous paraît superflue, chez les premières malades, les règles sont la cause occasionnelle des crises, les observations se comptent. Retenons donc le fait dans sa généralité. Nos observations nous signalent souvent ces récides par poussées successives.

Dans l'observation I les crises existent depuis 5 ans, durent environ 8 jours, laissant des douleurs dans l'intervalle, la

(1) *Loco citato.*

veille de l'opération crise plus forte que les précédentes. Dans l'observation II, deux crises, la première 6 mois, la deuxième 15 jours avant l'intervention. Dans l'observation III, deux crises, une quatre mois, une huit jours avant l'intervention. Dans l'observation IX, douleurs continues depuis 6 ans avec exacerbations passagères, crise grave deux mois avant l'intervention. Dans l'observation X, première crise grave 6 mois avant l'intervention caractérisée péritonite, puis de nombreuses crises plus légères, la dernière dix jours avant l'intervention. Dans l'observation XIII, trois crises graves à de longs intervalles, la première 3 ans, la seconde 2 ans, la troisième 15 jours avant l'intervention. Dans l'observation XXIII, crises douloureuses depuis 2 ans suivies d'une crise plus grave qui précède de quelques jours l'intervention.

Nous avons cité tous ces faits pour bien montrer la fréquence de ces accidents répétés : encore est-il permis de supposer que des malades qui se sont fait opérer immédiatement après une première crise de gravité analogue étaient exposées à la récurrence sans l'intervention.

Dans les observations XI, XIV, XVI, XIX l'opération a été pratiquée 10 jours, 1 mois, 6 semaines, 1 mois après la première crise.

A quoi sont dues ces récurrences. Boursier (1) envisage deux hypothèses : « ou bien la torsion pédiculaire disparaît après chaque crise pour se reproduire au moment de la crise suivante, ou bien la torsion ne ferait que s'augmenter par poussées successives au moment de chaque période d'accidents, la disparition des phénomènes aigus serait due chaque fois à une

(1) *Loco citato.*

sorte d'accoutumance de la tumeur à une circulation amoindrie. Bien que Terrillon cite des cas de Ribbentrop, Thornton, Fränkel où la détorsion ait paru se produire, nous nous rangeons complètement à la seconde théorie : les phénomènes mécaniques qui ont permis à la tumeur de tourner une première fois sur son pédicule se reproduisent et la torsion s'exagère : il faut admettre que dans ces cas les adhérences sont bien molles ou bien fixées à des organes susceptibles d'être entraînés eux-mêmes, épiploon, intestin, etc.

CHAPITRE IV

Diagnostic et complications.

Le diagnostic de la torsion du pédicule doit être fait à deux époques différentes : en dehors de la crise péritonéale et pendant cette crise. Il est évident que la connaissance préalable de la présence du kyste le facilitera singulièrement.

§ 1. — En dehors de la crise.

C'est dans ces conditions que le diagnostic du kyste est le plus facile, mais le diagnostic de la torsion peut échapper, si les crises ont été légères ou si la malade n'attire pas l'attention sur une crise douloureuse antérieure, ou bien les douleurs dont elle se plaint sont mises sur un autre accident du kyste, adhérences, compression, etc.

C'est ce qui est arrivé dans les observations V, VIII, XIII.

§ 2. — Pendant la crise.

Dans ces conditions le diagnostic se fera :

- α) Avec les autres accidents du kyste ;
- β) Avec les autres tumeurs abdominales ;
- γ) Avec les affections simulant la torsion.
- α) Les kystes de l'ovaire *intra-ligamenteux* peuvent être sujets à des *hémorrhagies* avec réaction péritonéale qui simu-

lent la torsion. Cocquelet (1) en rapporte une observation, Finaz (2) une autre de Pollosson. Le diagnostic est à peu près impossible, l'erreur n'a d'ailleurs pas d'importance, le traitement étant le même.

L'étranglement d'un kyste par une *bride fibreuse* ne peut non plus être différencié de l'étranglement par torsion : même remarque que précédemment.

La *rupture* du kyste à l'intérieur de l'abdomen donne lieu aussi à une réaction péritonéale, mais elle est moins intense que dans la torsion : dans ce cas aussi il existe un signe différentiel qui a une grande valeur s'il peut être perçu, c'est l'affaissement du kyste dans le cas de rupture, sa tension au contraire dans le cas de torsion.

La rupture du kyste peut d'ailleurs compliquer la torsion (obs. XX) ; on a dans ce cas le tableau de la péritonite suraiguë qui est fait pour éloigner l'idée de kyste de l'ovaire si on ignore son existence. Ces accidents sont justiciables de laparotomie hâtive.

L'*élongation* du pédicule du kyste tirailé par des adhérences à sa partie supérieure peut donner lieu à des accidents semblables à ceux de la torsion. L'observation de Lostalot (3) est caractéristique, Chalot, Pozzi en citent des observations.

β) Les principales tumeurs abdominales qui peuvent simuler un kyste de l'ovaire sont :

Les salpingites kystiques ;

La grossesse extra-utérine ;

Les fibromes.

(1) *Loco citato*.

(2) *Loco citato*.

(3) LOSTALOT, *Société anatomique*, 1889.

La *salpingite purulente kystique* peut acquérir un volume considérable et contenir 1, 2 litres de liquide et même davantage; cette affection est douloureuse et peut s'accompagner de crises de pelvi-péritonite, de fièvre et de cachexie, il peut donc y avoir confusion. M. Bouilly, dans l'observation IX, n'avait pas tranché la question au moment de l'intervention. Le passé génital de la femme, l'évolution un peu différente de la salpingite, l'empâtement des organes environnant la tumeur, les rapports avec l'utérus pourront aider à faire la différence.

La *grossesse extra-utérine* pourra donner les mêmes signes objectifs et quelques accidents analogues, mais les troubles de la menstruation sont plus accentués, il y a eu des signes de grossesse, la consistance d'une trompe contenant un fœtus est différente : si la rupture de la grossesse s'est produite on pourra rapprocher cet accident brusque, grave, accompagné de signes d'hémorrhagie interne avec réaction péritonéale, des signes de torsion : si l'on parvient à faire le toucher avec quelque précision, l'erreur sera évitée.

Les *fibromes* peuvent être confondus facilement avec les kystes. Cette erreur a été commise dans l'observation XVII : l'on sait que les fibromes pédiculés sont susceptibles de se tordre aussi (1), l'analogie est alors complète. Ce sont les rapports exacts avec l'utérus et la consistance de la tumeur qui permettront la différenciation.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la confusion possible avec d'autres tumeurs douloureuses, l'hydronéphrose, tumeur rétro-péritonéale, du foie ou de la rate ; un examen attentif suffira à éviter l'erreur commise cependant à l'observation XXII où l'on crut à un kyste hydatique.

(1) PLANQUE, thèse Paris, 1897.

γ) Il est un certain nombre d'affections avec lesquelles a été confondu un kyste à pédicule tordu : la présence d'une tumeur intra-abdominale est alors inconnue et les accidents sont rapportés à toute autre chose.

La douleur a pu faire confondre la torsion avec des *coliques hépatiques* (premier diagnostic du médecin dans l'obs. XVII), avec des *coliques néphrétiques* (obs. IV au début de l'affection). Il semble que ce soient là des fautes d'examen insuffisant, ces affections ne s'accompagnant pas de météorisme abdominal en général et lui seul peut gêner pour la constatation d'une tumeur abdominale. On conçoit bien d'ailleurs que la douleur et les vomissements aient pu en imposer.

La *hernie étranglée* a donné lieu à l'erreur dans 2 observations, une de Lawson Tait, et une de Pollosson qui après avoir fait la cure radicale reconnut son erreur, fit la laparotomie et guérit sa malade. On conçoit la facilité d'une pareille confusion chez une malade ayant une hernie : on ne va pas chercher plus loin la cause d'accidents pouvant être aussi facilement mis sur le compte de celle-ci.

L'*occlusion intestinale* à son début offre une confusion facile, mais l'absence totale de gaz et de matières, les vomissements fécaloïdes font la différenciation. Bénard (1) rapporte une observation où l'intestin adhérent au kyste a été tordu, d'où occlusion venant compliquer la torsion. Cet accident est rare.

L'*appendicite* qui semble devenue si fréquente depuis qu'on la connaît bien pourrait prêter aussi facilement à confusion : douleur, météorisme, vomissements sont semblables, même

(1) *Loco citato*.

fréquence pendant la grossesse ou les suites de couche. La différenciation se fera par une palpation attentive, la localisation de la douleur et l'évolution de l'affection. (Dans l'observation XVIII de l'année 1893, un médecin des hôpitaux avait d'abord diagnostiqué pérityphlite, diagnostic rectifié par M. Bouilly.)

La péritonite partielle, pelvi-péritonite dans les suites de couche, a été diagnostiquée dans les cas de torsion. Il en est de même de la péritonite par perforation quelle que soit son origine, qui pourrait prêter à confusion : le diagnostic se fera si l'on peut constater la tumeur, il est quasi impossible autrement.

L'*hématocèle rétro-utérine* peut prêter d'autant mieux à confusion que souvent la torsion a lieu pendant les règles ou s'accompagne d'écoulement sanguin. Là encore ce sont les signes physiques qui feront la différence. Le toucher fait constater une tumeur plus molle, plus diffuse, moins bien limitée, difficile à retrouver par l'abdomen. Nous avons vu ce diagnostic porté dans l'observation XX où le kyste était rompu.

Le diagnostic du détachement du kyste (obs. XV) est bien difficile au moment de la crise, plus tard il pourrait peut-être se faire en observant le changement des rapports de la tumeur.

On peut se rendre compte des difficultés du diagnostic d'après les chiffres suivants : sur les 18 cas du D^r Bouilly le diagnostic a été porté 7 fois d'une manière ferme, 2 fois on a hésité entre cet accident et d'autres, 3 fois on a diagnostiqué kyste de l'ovaire sans songer à la torsion, 4 fois les observations sont muettes sur ce point.

CHAPITRE V

Traitement.

Il nous semble inutile d'insister sur ce point aujourd'hui. Tout le monde est d'accord que la laparotomie, seul traitement des kystes de l'ovaire, est *a fortiori* le seul des kystes compliqués de torsion.

La question d'urgence seule se pose.

Si la torsion du kyste s'accompagne d'hémorrhagies graves la laparotomie doit être faite immédiatement dans les quelques heures qui suivent l'accident : c'est la seule planche de salut. Dans les cas graves c'est une opération d'urgence, comme une hernie étranglée, plus vite on opérera, plus la malade aura de chance de se tirer d'affaire.

Dans les cas de torsion avec étranglement moyen, il faut encore opérer et il semble bien inutile d'attendre que les symptômes aigus aient cédé : là encore le plus tôt sera le mieux : on évitera ainsi à la malade le danger d'autres crises qui pourraient être plus dangereuses, ou au moins le retour d'accidents douloureux et pénibles.

Les cas légers suivent la même règle pour les mêmes raisons.

L'efficacité de ce traitement ne saurait être mise en doute : les thèses récentes de Guichard, de Kissellof, de Mouthon, de Finaz qui contiennent de nombreuses observations inédites sont presque vierges de mortalité.

Sur les 18 cas de la statistique du D^r Bouilly nous ne trouvons pas une seule mort.

Les 6 observations inédites que nous avons recueillies avec eux ne comportent pas non plus de léthalité.

OBSERVATIONS

OBS. I. — *Kyste de l'ovaire gauche. — Torsion du pédicule. — Kyste dermoïde de l'ovaire droit. — Ovariectomie double. — Guérison.*

(Due au D^r BOUILLY. — Inédite.)

G... Virginie, 30 ans. Concierge.

Entrée, le 1^{er} mars 1890. Bien réglée depuis l'âge de 13 ans. Mariée à 23 ans.

Un seul accouchement il y a 5 ans, facile ; 3 mois après son accouchement, violentes douleurs dans le côté gauche ; elle dut rester au lit 8 jours, avec fièvre. A cette époque elle a sans doute une poussée de pelvi-péritonite. Depuis cette date, elle a toujours souffert plus ou moins. Amélioration notable depuis 6 mois.

Actuellement douleurs, qui reviennent par crises à intervalles irréguliers de quelques semaines pour durer quelques jours, 8 au plus. Les douleurs sont très vives, sensations d'arrachement dans la cuisse gauche. Les accès reviennent aussi bien au repos qu'à la marche, la nuit et le jour : les douleurs sont de plus en plus violentes. En dehors des crises, douleurs sourdes de la base du ventre et de la région des reins, surtout quand la malade a marché un peu ; elle ne peut se livrer à aucune fatigue. Le côté droit ne la fait guère souffrir.

Les règles persistent peu abondantes. Perd un peu en blanc. L'appétit reste bon ; l'état général n'est pas mauvais. Pas d'amaigrissement ; un peu de constipation.

La paroi abdominale est un peu grasseuse, le ventre un peu gros : la malade prétend qu'il a le même volume depuis son accouchement. Au lit, il semble moins gros que debout.

Le palper fait reconnaître dans la région iliaque gauche, la présence d'une tumeur assez dure, sans fluctuation, un peu irrégulière, qui remonte jusqu'à l'ombilic, et gagne la fosse iliaque gauche. La pres-

sion est un peu douloureuse. Cette tumeur est mobile, roule sous le doigt.

Toucher : utérus mobile. Col normal. En avant de l'utérus et à gauche, on sent entre le doigt vaginal et la main abdominale, une tumeur un peu sensible à la pression, qui donne comme par le palper, la sensation d'une tumeur dure, irrégulière de l'ovaire gauche.

Dans le cul-de-sac droit, on sent une tumeur plus petite, qui semble à petites grappes, et qui paraît rejoindre la tumeur volumineuse de l'ovaire gauche. Il est difficile de dire, si c'est un diverticule de la tumeur ou la trompe droite enflammée. Le cul-de-sac est douloureux à la pression.

3 mars. — La malade souffre beaucoup du ventre depuis hier, le moindre attouchement de la paroi abdominale est très douloureux et les douleurs spontanées, continues, très vives, nécessitent des injections de morphine. La tumeur n'a pas augmenté de volume. La malade se sent plus faible et semble pâlie.

4. — Chloroforme. La pression même légère de la région abdominale est toujours très sensible depuis 2 jours. Incision de 6 à 10 centimètres, on tombe sur un kyste ; ponction : 1 litre 1/2 environ de liquide sanguin.

Extraction facile de ce kyste de l'ovaire gauche. Le pédicule était tordu de 1 cm. 1/2 à peu près ; dans l'ovaire droit, petit kyste dermoïde, ablation.

Journée bonne, quelques douleurs de reins.

5. — 600 grammes d'urine. A dormi un peu. Etat satisfaisant.

6. — Nuit bonne, la malade n'a pas vomi, urine seule, ne souffre pas.

7. — Calomel hier, selle abondante, urine avec sonde.

Ne ressent aucune douleur. État général excellent.

11. — Pansement, on enlève les sutures profondes, en parfait état. Aucune douleur.

15. — On enlève les sutures superficielles, va très bien.

20. — Guérison.

Examen de la tumeur. — Kyste à paroi assez épaisse, infiltrée de sang en quantité assez abondante. Une partie de la tumeur est solide. Le petit kyste dermoïde est du volume d'un gros œuf, il renferme en abondance de la matière sébacée en grumeaux plus ou moins épais mêlés de cheveux blanchâtres. Dans la paroi du kyste, adhérent en-

tièrement à cette paroi on trouve une dent ossifiée et à côté un petit morceau cartilagineux.

OBS. II. — *Kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu renfermant un kyste dermoïde. — Ovariectomie. — Guérison.*
(Due au D^r BOULLY. — Inédite.)

Madame May..., blanchisseuse, 27 ans. Entrée le 5 juin 1890. Bien réglée depuis l'âge de 14 ans 1/2. Mariée à 22 ans, reste bien réglée.

1^{er} accouchement en 1886. Accouchement gémellaire (laborieux).

2^e accouchement en 1887 facile.

2^e accouchement par sage-femme, se lève au bout de 3 jours et se met à travailler sans souffrir du tout. Ne perd jamais en blanc.

À l'âge de 20 ans, la malade s'était aperçue qu'elle avait dans le ventre une petite grosseur très mobile, absolument indolente. Cette grosseur du volume du point roulait partout dans le ventre de droite à gauche sans jamais faire souffrir notre malade qui ne s'en est donc jamais inquiétée.

À Lariboisière, après son accouchement, on lui avait conseillé de revenir dans quelques mois se faire opérer, comme elle ne souffrait pas, elle n'en fit rien. En janvier, cette année, pour la première fois de sa vie, elle souffre du ventre pendant un mois. Douleur assez vive dans le côté gauche irradiée jusqu'au genou gauche. Elle continue à travailler. Elle vient alors à la consultation de la Maternité vers la fin de janvier. Elle se décide à l'opération voyant qu'elle commence à souffrir; cependant les douleurs cessent en janvier.

Il y a quinze jours, à la fin de mai, elle est prise de très violentes douleurs dans tout le bas-ventre; elle vomit; elle doit se coucher et même, comme nous ne pouvons la recevoir à ce moment, elle entre dans un service de médecine pour se reposer quelques jours. On doit lui faire des injections de morphine pour la calmer. Glace sur le ventre. Les très vives douleurs durent 8 jours. Les vomissements bilieux cessent au bout de 4 jours.

Trois jours après le début des douleurs, la tumeur qui était toujours très mobile se fixe et depuis, ne bouge plus. Il n'y a pas eu de plus vive douleur soudaine à un moment fixe.

Actuellement, ventre modérément développé et redevenu sensible depuis quelques jours. La pression n'en est que très peu douloureuse. On sent à la palpation une tumeur qui remplit la fosse iliaque droite, remonte jusqu'au niveau de l'ombilic et se continue à 4 travers de doigt à gauche de la ligne médiane. Cette tumeur est franchement fluctuante.

Au toucher, on tombe sur un col normal porté à gauche, l'utérus entier est en latéro-position gauche. Dans le cul-de-sac droit, on sent une tumeur lisse, arrondie, maintenant peu ou pas douloureuse, fluctuante, immobilisée. On sent la fluctuation se communiquer de la tumeur abdominale au doigt vaginal, la tumeur s'insinue dans le cul-de-sac antérieur en avant de l'utérus.

Notre diagnostic est kyste à long pédicule qui s'est tordu dans ces derniers temps.

12 juin. — Chloroforme facile. La malade commence à avoir ses règles depuis ce matin. Incision de 12 à 14 centimètres sur la ligne médiane. Quelques artérioles sous-cutanées et musculaires donnent du sang et doivent être pincées. Incision du péritoine. La tumeur apparaît sur la ligne médiane à parois noirâtres et présentant quelques adhérences légères avec le péritoine pariétal : adhérences que l'on rompt très facilement.

Ponction du kyste. Il s'écoule près de 2 litres de liquide. C'est d'abord un liquide assez fluide, sanguinolent qui bientôt est remplacé par un liquide jaunâtre, épais, coulant difficilement et que nous prenons pour du pus. Pince à kyste sur le point de ponction. La main introduite dans le ventre, va déchirer quelques légères et récentes adhérences et attire en dehors la poche à peu près vide. Comme nous l'avions supposé, le pédicule est tordu de gauche à droite d'un tour complet ; à ce niveau le pédicule est noirâtre. Plus loin, la poche présente une teinte feuille morte plus ou moins marquée selon les points. On détourne le pédicule de droite à gauche.

Ligature du pédicule. Ligature double dont on entrecroise les fils au-dessous. Deuxième ligature simple à la soie également. Section du pédicule dont l'hémostase est parfaite.

Du sang a suinté des parois dans le ventre malgré les pinces et les compresses. Nettoyage de la cavité péritonéale. Suture aux fils de soie de toute la paroi avec le péritoine. Quelques sutures superficielles au crin de Florence.

Examen de la tumeur. — La poche présente le volume d'une tête de fœtus. Les parois sont très irrégulièrement épaisses ; assez minces en certains points. Elle présente à sa partie inférieure un épaississement notable. On reconnaît en incisant à ce niveau que l'on a là la trompe dans laquelle s'est faite une assez forte hémorrhagie récemment ; le sang contenu est tout à fait noir. Il est difficile de retrouver l'ovaire.

La partie incisée semble dans presque toute sa face externe très congestionnée être une poche de kyste. Mais en un point de la face interne de cette grande poche se trouve une seconde poche grosse comme un œuf, à parois noirâtres contenant du sang épanché, reliée à la face interne de la poche qui la renferme, par un petit pédicule. Autour de ce petit pédicule existe un amas de cheveux assez considérable mêlés à la matière sébacée plus ou moins concrétée et en grumeaux. Il n'y a pas trace de cheveux sur le reste de la surface de la poche. En outre un dent tombe de ce magma de cheveux et de graisse. C'est une canine très bien développée.

Il semble donc que l'on soit en présence d'un kyste dermoïde qui à un moment donné a provoqué la formation d'un kyste qui l'a inclus.

Le pédicule n'est pas long : il mesure de 6 à 7 centimètres.

Au bout de 1 heure, le liquide enlevé par la ponction forme dans le vase qui l'a reçu, deux parties bien distinctes. A la partie inférieure, les $\frac{3}{4}$ du liquide évacué forment une couche de sérosité sanguinolente au-dessus de laquelle s'est figée en un seul bloc jaunâtre comme de la graisse congelée, la partie du liquide que nous avions prise pour du pus en le voyant couler. Pour évacuer ce bloc graisseux du bocal à bouchon étroit, on est obligé d'y verser de l'eau chaude pour le faire fondre.

12 juin 1890. — A ses règles depuis ce matin, perd peu, se plaint d'anciennes douleurs de la matrice, sans douleur dans le ventre. Pouls régulier. Vomissements bilieux. Champagne.

13. — Nuit assez agitée, sans sommeil, se plaint de douleurs dans le dos. Elle est sondée, 700 grammes d'urine. Perd un peu. Pouls régulier, respiration facile.

14. — Journée plus calme, moins vives douleurs dans le dos entre les épaules (teinture d'iode). Rien à l'auscultation. Prend un lavement qui n'a rien donné que de l'évacuation de gaz. Pouls régulier, urine seule, plus de vomissement ni de hoquet. Lait.

15. — Calomel hier soir, garde-robe abondante ce matin après lavement. Perd encore un peu et se plaint de douleur de l'épaule. Quelques hoquets encore. Pouls très régulier, urine seule.

16. — Se sent très bien. Potage. Ne perd plus depuis ce matin.

17. — Vomissement. Plaies sèches. Aucune douleur. On enlève les sutures profondes. Mange. Pas de température.

26. — On enlève les sutures superficielles. Réunion parfaite. Etat général excellent.

3 juillet. — Se lève sans douleur.

12. — Exéat. Rien dans les culs-de-sac. Ne souffre pas debout.

OBS. III. — *Kyste de l'ovaire droit. — Double torsion du pédicule. — Ovariectomie. — Guérison.*

(Due au Dr BOUILLY. — Inédite.)

G..., âgée de 23 ans. Entrée le 17 décembre 1890. Toujours bien réglée depuis l'âge de 13 ans, premiers rapports à 20 ans, reste bien réglée.

En juin 1889 a fait une fausse couche de 6 mois 1/2 se remet très bien, ne souffre pas. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 1 an 1/2 à peu près, elle remarque que son ventre grossit un peu irrégulièrement, plus gros à certains moments qu'à d'autres. Elle reste bien réglée, bien portante, ne souffrant pas. Il y a 4 mois, au moment de ses règles, elle est prise de fortes douleurs dans le flanc droit, elle doit garder le lit pendant 8 jours. Elle se relève, va consulter un médecin qui diagnostique une ulcération du col, lui dit de revenir, ce qu'elle ne fait pas. Ne lui parle pas de kyste.

Elle est très bien pendant 14 mois, elle marche, travaille même comme auparavant. Le ventre avait à peu près le même volume qu'il a aujourd'hui.

Il y a 8 jours subitement, dans la journée, sans effort préalable, elle est prise d'une violente douleur qu'elle compare à un arrachement dans le côté droit du ventre. Elle doit se coucher immédiatement. Depuis, elle n'a pas quitté le lit et souffre tout le temps. Au début elle éprouvait dans l'hypogastre droit des élancements et actuellement, elle sent plutôt des « grouillements » dans tout le ventre ; le ventre est gros, régulièrement ballonné, saillant en avant ; douloureux à la pression surtout dans les fosses iliaques. Il est sonore dans les flancs et dans toute la région sus-ombilicale.

Dans la région hypogastrique droite et débordant la ligne blanche, zone de matité avec résistance très nette formant tumeur dans laquelle on sent la fluctuation. Cette tumeur ne va pas tout à fait jusqu'à l'ombilic. La pression en est certainement douloureuse, mais pas comme s'il y avait vraiment péritonite. D'ailleurs, avec son inappétence, un peu de température, du météorisme, la malade ne vomit pas.

Il faut donc admettre l'existence d'un kyste à court pédicule qui s'est tordu dans ces derniers temps une deuxième fois sans doute (1^{re} torsion il y a 4 mois). Nous ne devons pas oublier de noter en opposition à la brièveté du pédicule ce que nous raconte la malade. Depuis qu'elle se sent le ventre gros, elle sentait la grosseur tantôt dans le flanc droit, tantôt dans le gauche. Et depuis qu'elle souffre, c'est tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

Au toucher, on tombe sur un col normal, un peu en arrière ; en avant, légère antéversion. Le cul-de-sac, sans être plein, est un peu tendu, résistant, et le toucher aidé de la palpation du ventre fait sentir, non de la fluctuation, mais une légère répercussion vaginale de la tumeur abdominale, peut-être due simplement à une légère poussée péritonéale du cul-de-sac de Douglas. On ne sent pas le kyste.

19. — Le météorisme abdominal a augmenté encore malgré le purgatif administré en vue de l'opération. Le ventre est aussi plus sensible. Toujours de la température et de l'inappétence. La malade a eu un vomissement bilieux ce matin. La tumeur reste la même, fluctuante, sous-ombilicale, presque aussi développée à gauche qu'à droite.

20. — Chloroforme facile. Incision de 12 centimètres environ commençant à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Incision couche par couche. Les tissus de la paroi sont très vasculaires, 3 ou 4 petites artérioles musculaires doivent être pincées, elles donnent en jet. Le tissu adipeux est également très vascularisé. Le péritoine est très rouge, un peu épaissi, légèrement adhérent à la surface du kyste, si bien, qu'avant de l'ouvrir on peut rester un moment et se demander si on n'est pas déjà sur le kyste. Des adhérences très lâches, très récentes l'agglutinent plutôt qu'elles ne le font adhérer au kyste. Le péritoine séparé, on se trouve sur le kyste ; sa surface a une teinte feuille morte, mais non encore dépolie. A la partie supérieure du kyste, l'épiploon très rouge, très vasculaire, avec petites

hémorrhagies semées dans les pelotons adipeux, adhère légèrement au kyste.

Des compresses antiseptiques isolant la surface du kyste du reste du ventre, la poche est ponctionnée. Il s'écoule environ 2 litres de liquide très sanguinolent. La poche vidée est assez facilement retirée en dehors, une ou deux anses intestinales sont agglutinées contre le kyste et un peu rouges.

C'est un kyste du côté droit. Le pédicule n'existe pour ainsi dire pas ; la poche est accolée contre l'utérus par le raccourcissement du pédicule tordu 2 fois sur lui-même de gauche à droite. L'enroulement est défait de droite à gauche. Le pédicule a à peine 3 centimètres de long. La constriction par l'enroulement était des plus serrées.

Ligature du pédicule très près de l'utérus. Hémostase parfaite.

Pendant l'extraction du kyste la paroi s'est légèrement éraillée en deux places et quelques débris des caillots de l'hémorrhagie intrapariétale du kyste sont tombés dans la cavité péritonéale qui est lavée à l'eau bouillie et la toilette du péritoine est achevée avec des compresses antiseptiques. Suture de la paroi, sept sutures profondes à la soie, trois autres superficielles au crin. Pansement : gaze iodoformée. L'opération a duré 20 minutes environ. A la fin de l'opération un léger suintement sanguinolent se montre à la vulve.

Le kyste avait à peu près le volume d'une tête de fœtus. Il y avait deux poches à peu près égales. La paroi primitive était très mince, elle reste mince, presque transparente en quelques points très rares.

Presque partout, surtout à mesure qu'on se rapproche du pédicule, la paroi est infiltrée de sang qui forme de gros caillots noirâtres. Près du pédicule existent deux masses de sang caillé formant des amas gros comme des œufs.

La paroi se déchire facilement, elle est noirâtre ou feuille morte, en état de gangrène plus ou moins avancée. Très friable. On ne distingue pas de tissu ovarien. Rien dans les annexes gauches laissées.

21 décembre. — N'a pas souffert ni vomi. Urine seule. Soif assez vive. Pouls très régulier.

22. — Elle a ce matin de la température comme avant l'opération.

A 11 heures, la malade n'a plus que 37°8. Elle se sent bien, ne vomit pas.

Dans la journée, elle rend du lait caillé. Le ventre n'est pas aussi ballonné qu'hier. Ne perd pas.

Ce matin, 2 lavements rendus sans rien.

Continue à rendre dans la journée, vomissements bilieux, sans douleurs. Le soir deux doses de 0,30 de calomel sont rendues immédiatement. Pas de selles, météorisme assez prononcé.

23. — Parésie intestinale. Bien ce matin, après un lavement, garde-robe abondante. Elle se sent bien. Plus de vomissements dans la journée. Potages.

24. — Etait très bien ce matin, a réclamé à manger. Etait très bien, quand une heure après avoir mangé une côtelette, vers midi 1/2, a été prise de vomissement, d'angoisse avec ballonnement du ventre. Le soir, elle est calme ; il reste encore un peu de météorisme épigastrique sans douleur. A eu deux lavements cette après-midi, garde-robe abondante. Injection d'éther et de morphine.

27. — Pansement. Réunion complète. Va très bien. Aucune douleur.

1^{er} janvier. — Etat très satisfaisant.

15. — Sort guérie.

Obs. IV. — *Kyste de l'ovaire avec légère torsion du pédicule.*

— *Ovariectomie. — Guérison.*

(Due au Dr BOUILLY. — Inédite.)

S... Marie, 35 ans, bonnetière. Entrée le 9 février 1891. Trois grossesses, bonnes. La dernière il y a 7 ans. Depuis cette époque, elle souffre du ventre d'une façon continuelle, n'ayant que quelques rémissions de temps en temps ; les règles sont devenues plus abondantes. Il y a 1 an on aurait constaté un kyste de l'ovaire.

Il y a 3 mois, aurait eu une crise de coliques néphrétiques et depuis cette époque, souffre beaucoup du ventre, à tel point, qu'elle garde le lit depuis 2 mois.

Une ponction a été faite il y a 2 mois et le médecin s'est contenté de retirer 1 litre de liquide.

Actuellement, les douleurs persistent, la malade ne quitte pas le lit.

Etat général. — La malade a, paraît-il, beaucoup maigri depuis quelques mois et mange fort peu.

Abdomen. — Le ventre est gros, uniformément développé, douloureux à la pression et particulièrement dans le flanc droit.

Palpation et percussion. — Signes classiques d'un kyste de l'ovaire uniloculaire du volume d'un utérus de 6 mois.

Toucher. — Col élevé. Utérus mobile, pas de tumeur sensible dans les culs-de sac.

Nota. — La douleur très vive dont se plaint la malade est rapportée à de la péritonite périkystique.

Ovariectomie le 17 février. — Kyste très adhérent en avant et difficile à détacher du péritoine qui semble faire corps avec lui. En arrière quelques adhérences épiploïques. Le reste est simple ; hémorrhagie en nappe due à la rupture d'adhérences.

Examen de la pièce. — Kyste uniloculaire sans bourgeons, est un peu tordu sur son pédicule. Renferme un liquide couleur sepia, 5 litres et de nombreux caillots qui indiquent qu'une hémorrhagie a eu lieu dans son intérieur. D'autre part, il existe en outre un foyer apoplectique dans la paroi. Le pédicule suffisamment étroit est lié en une seule fois.

Suites opératoires. — La malade a présenté comme particularité, une grande fréquence du pouls qui a persisté pendant assez longtemps. De la rétention d'urine tardive. Elle quitte l'hôpital le 12 mars (23^e jour) parfaitement guérie.

OBS. V. — *Kyste de l'ovaire droit.* — *Légère torsion du pédicule.* — *Thrombose des veines du pédicule.* — *Ovariectomie.* — *Guérison.*

(Due au Dr BOUILLY. — Inédite.)

R... Mélanie, 40 ans, cuisinière. Entrée le 11 juin 1891.

Antécédents. — Plusieurs grossesses n'ayant donné lieu à aucun incident, la dernière remonte à 5 ans. Père et mère vivants, âgés de 80 ans passés.

Débuts. — Ne peut donner aucun renseignement sur le début de l'affection actuelle. Elle est toujours régulièrement réglée, ne s'est pas aperçue que son ventre ait grossi ; ne souffre pas.

Etat actuel. — Aucun trouble fonctionnel. Etat général, bon. Par la palpation abdominale, on délimite facilement une tumeur médiane élastique, donnant la sensation d'un kyste ; — globuleuse dans

l'ensemble elle est cependant irrégulière et tendue ; elle remonte jusqu'à l'ombilic, son bord inférieur semble sensiblement horizontal. Quelques parties semblent franchement kystiques à côté d'autres plus empâtées. A la surface de la tumeur plusieurs bosselures, l'une entre autres sur la ligne médiane en avant, grosse comme un œuf et paraissant pédiculée car on peut lui imprimer des mouvements indépendants de la tumeur principale. Sonorité dans les flancs.

Toucher vaginal. — Dans le cul-de-sac latéro-postérieur, tumeur arrondie, dure, très mobile, grosse comme une orange, paraissant indépendante de la tumeur principale, car les mouvements qui lui sont imprimés ne se communiquent pas à la tumeur principale. Suit-elle les mouvements de l'utérus, et en dépend-elle ? Le cathétérisme utérin montre l'utérus en rétroflexion, donc cette tumeur est l'utérus rétrofléchi. Dans le cul-de-sac antérieur on sent la partie inférieure de la tumeur abdominale.

Ovariectomie, le 16 juin. — Le contenu du kyste n'a pas pu être évacué, et celui-ci a été sorti en totalité. On voit alors que le pédicule est tordu, le kyste a accompli un demi-tour. Comme conséquence, on trouve dans le kyste quelques foyers apoplectiques, il offre une coloration bleuâtre en rapport avec la gêne de la circulation.

Les vaisseaux du pédicule sont thrombosés. Le pédicule long de 5 centimètres environ a le volume du pouce.

La tumeur est un kyste pauciloculaire. 3 loges principales dont l'une contient un liquide séreux fluide ; une autre un liquide gélatineux ; une 3^e un liquide hématique.

Le kyste appartenait au côté droit. Du côté gauche, débuts de formations kystiques. Castration. L'utérus était en effet rétrofléchi.

16 juin. — Après opération, pas de schok ; la malade s'est plainte toute la journée de violentes coliques, n'a pas uriné spontanément : urines, quantité 1 litre. Etat général très bien, vomit abondamment.

41. — Bien.

23. — Ablation des points de suture.

25. — Un petit abcès a été ouvert à la partie inférieure de la cicatrice.

OBS. VI. — *Kyste de l'ovaire droit avec torsion du pédicule.*
— *Ovariectomie. — Guérison.*

(Due au Dr BOUILLY. — Inédite.)

B... Louise, âgée de 22 ans, nourrice, entrée le 9 février 1894. Père et mère bien portants, réglée à 13 ans (en province), toujours bien régulièrement, perdant toujours un peu en blanc.

A 22 ans grossesse. Accouchement facile à terme ; nourrice en place à Paris. La malade a toujours eu le ventre un peu gros. Cependant peu après son accouchement, il y a 1 an, elle s'aperçoit qu'il grossit davantage.

Il y a 6 mois, elle commence à avoir des coliques très fortes, tous les 4 ou 5 jours et durant toute la journée.

Ces coliques sont devenues de plus en plus fortes. Pertes blanches assez abondantes.

Il y a 15 jours, la malade est obligée de garder le lit complètement ; le dimanche 28 janvier, elle est prise brusquement de douleurs dans le ventre avec tension, nausées, pas de vomissements. Elle dit même avoir eu un peu de fièvre à ce moment. Elle entre à Cochin le 9 février, douleurs abdominales moins vives qu'au début, un peu de fièvre, 38°.

Malade très souffrante.

Examen. — Au toucher vaginal, on sent l'utérus en arrière, et au devant de lui, une masse fluctuante en partie seulement. Cette tumeur est médiane jusqu'à l'ombilic et les mouvements imprimés à l'utérus se communiquent facilement à elle. Sein droit affaissé, ne sécrétant plus. Le sein gauche gonflé fonctionne très bien (l'arrêt de la sécrétion du sein droit a coïncidé avec les accidents signalés plus haut).

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Opération le 13 février. — Laparotomie. Paroi abdominale épaisse et assez vasculaire. A l'ouverture du ventre, on tombe sur la tumeur qui présente des adhérences pariétales récentes, facilement rompues.

Tumeur ponctionnée. Il sort un liquide sanguinolent, fortement teinté, environ 2 litres.

La poche est attirée au dehors. Près du pédicule, elle présente une partie solide grosse comme une orange moyenne. Kyste de l'ovaire droit. Le pédicule présente une torsion de presque un tour complet, de gauche à droite.

Ligature du pédicule. Coupé aux ciseaux et cautérisé au thermo-cautère. Abandon du pédicule.

En somme, opération simple, les anses intestinales ont été touchées.

Suites opératoires. — Température 36° après l'opération ; le lendemain elle monte à 39°6, sans qu'on puisse trouver le motif de cette ascension. Elle tombe les jours suivants.

Le 26 au soir, 39°4. Suppuration dans la paroi. Extirpation de plusieurs crins profonds. Bon état général, température revient à 37°.

Remarque. — L'arrêt de la sécrétion du sein droit aurait pu faire compléter le diagnostic en indiquant le côté atteint, la torsion du kyste droit ayant coïncidé avec l'arrêt de la sécrétion mammaire droite.

Sort guérie le 22 mars.

Obs. VII. — *Kyste parovarien intraligamenteux avec légère torsion du ligament large.* — Ovariectomie. — Guérison.

(Due au Dr BOUILLY. — Inédite.)

D... Joséphine, 29 ans, sans profession. Entrée le 27 février 1894. Mère rhumatisante. Père bien portant.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans. Bien régulièrement. Pas de pertes blanches. Dans son enfance, elle a été un peu malade. Mariée à 20 ans.

1^{re} grossesse, 9 mois après. Accouchement à terme, facile, elle allaite jusqu'à 11 mois. 2^e grossesse 20 mois après (à 22 ans), accouchement à terme ; 3^e grossesse, 2 ans après à 24 ans, accouchement assez laborieux, elle allaite ses deux derniers enfants pendant 3 mois.

Depuis sa dernière grossesse la malade a toujours été très faible et très constipée. Cette constipation lui causait des douleurs dans le ventre. Pendant quelques jours, avant ses règles, elle a un peu de leucorrhée. Le 5 février, elle est subitement prise au lit d'une douleur très violente sans raison (elle avait veillé, elle avait dansé un peu).

Cette douleur qui était très vive siégeait surtout dans la région lombaire et le flanc droit, s'irradiant dans la cuisse droite et un peu jusqu'à l'aisselle du même côté. Elle provoqua plusieurs vomissements. La durée fut de 10 à 12 jours avec quelques heures de rémission. Le

médecin consulté porte le diagnostic de coliques hépatiques et fit des piqûres de morphine. La semaine suivante, la malade a ses règles comme d'habitude.

Elle entre à Cochin le 21 février.

État actuel. — En palpant le ventre, on constate une tumeur médiane ne remontant pas jusqu'à l'ombilic, fluctuante.

Au *toucher.* — Utérus et tumeur semblent solidaires et dépendants. La tumeur kystique bombe en avant de l'utérus dans le cul-de-sac antérieur.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire à pédicule tordu, et vraisemblablement du côté droit à cause du début des douleurs.

Opération le samedi 4 mars. — Laparotomie. Après ouverture du ventre on tombe sur un kyste parovarien droit intraligamenteux ayant subi une torsion de $\frac{1}{4}$ de tour environ de gauche à droite.

Le kyste n'a pas d'adhérences, renferme un liquide citrin, environ un litre. Le pédicule se faisant bien M. Bouilly, sans décortiquer le kyste, l'enlève avec le ligament large correspondant.

Suture de la paroi ; 2 plans au crin de Florence.

Suites opératoires bonnes. Ablation des fils le 10 mars.

19 mars. — Petit abcès de la paroi. Sort guérie le 22 mars.

OBS. VIII. — *Kyste dermoïde de l'ovaire gauche, pédicule tordu.*

— *Ovariectomie. — Guérison.*

(Due au D^r BOUILLY. — Inédite.)

Antoinette B..., 24 ans, journalière, entrée le 24 janvier 1894. Jamais de maladie, réglée à 15 ans ; pas de leucorrhée. Elle dit avoir toujours souffert du ventre. Mariée à 21 ans. Accouchement normal en octobre 1892. En octobre 1893, nouvel accouchement à 8 mois à la Maternité. La malade dit avoir été très souffrante pendant ses grossesses : douleurs abdominales vives.

État actuel. — Ventre volumineux, arrondi ; on y sent une tumeur régulièrement arrondie, fluctuante, exactement médiane. Utérus petit, mobile, situé en arrière de la tumeur qui fait saillie dans le cul-de-sac vaginal antérieur. Culs-de-sac latéraux libres.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire, peut-être dermoïde.

Opération le 27 janvier. — La paroi incisée, on tombe sur une tumeur arrondie, ayant une coloration jaune brun, café au lait,

feuille morte ; ponction de la poche nettement fluctuante ; liquide sanguinolent (six litres environ). On trouve à la fin de la ponction, de la matière sébacée et des cheveux (blonds). Quelques adhérences du kyste à la paroi abdominale antérieure et au grand épiploon, décortication. Le kyste est nettement tordu : deux tours et demi de torsion de droite à gauche. Le pédicule est cependant court et assez large (ligament large gauche). Ligature du pédicule à la soie. A droite, les annexes sont saines. Fermeture en deux plans au crin de Florence.

Suites opératoires excellentes, la malade sort guérie le 20 février.

OBS. IX. — *Kyste de l'ovaire tordu et sphacélé. — Laparotomie.*

— *Guérison.*

(Due au D^r BOUILLY. — Inédite.)

V. Jeanne-Marie, 32 ans, femme de ménage. Entrée le 4 avril 1894.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents particuliers. — Régliée à 14 ans, toujours bien.

A 24 ans. — Pleurésie.

Premier accouchement à 25 ans sans accident. Second accouchement à 26 ans. Troisième accouchement avant terme (il y a 3 ans) à 7 mois 1/2, enfant mort 2 heures après, pas d'accident pendant les couches, mais depuis que la malade s'est levée, elle sentait une faiblesse générale ; des douleurs dans le côté droit du ventre, avec irradiation dans la cuisse. A Lariboisière, on a fait le diagnostic d'un fibrome, de même à Bichat où on l'a traitée par l'électricité. La malade n'a pas eu de troubles menstruels ni de leucorrhée abondante. Souvent les douleurs dans la fosse iliaque droite étaient si vives que la malade était obligée de garder le lit, mais passagèrement, durant quelques heures, un ou deux jours au plus. Dans l'intervalle la malade pouvait vaquer à ses occupations. Cet état a duré 6 mois.

Il y a à peu près deux ans, la malade est devenue enceinte pour la 4^e fois. Jusqu'à 6 mois 1/2, elle a bien senti les mouvements fœtaux, mais elle a cessé de les sentir pendant 15 jours et est accouchée à la fin du 7^e mois de la grossesse d'un fœtus mort. Pas de suites de couches. La malade s'est levée le 10^e jour.

Il y 2 mois, après un retard de règles de 10 jours, est survenu une petite douleur au bas-ventre, dans la fosse iliaque droite et aux

hanchés, douleur de plus en plus forte qui a forcé la malade à s'aliter. D'après la malade, il n'y avait à ce moment ni fièvre ni vomissements.

Le ventre a augmenté de volume, était très tendu, les douleurs s'irradiaient aux cuisses et aux hanches. La malade était constipée, avait de la rétention d'urine. Elle fut soignée d'abord chez elle, par des vésicatoires, des cataplasmes pendant 6 semaines, puis est entrée à la Maternité. Là elle avait des poussées fébriles considérables.

5 avril 1894. — A l'examen, vive douleur abdominale. Ventre très sensible à la pression même superficielle.

A la palpation. On constate la présence d'une tumeur volumineuse occupant surtout le côté droit, où elle arrive presque à la crête iliaque, mais dépassant aussi la ligne médiane à gauche de 4 travers de doigts. En haut cette tumeur dépasse l'ombilic de deux travers de doigts et présente à droite, un prolongement.

On perçoit une fluctuation profonde dans toute l'étendue de la masse. La tumeur est très douloureuse à la palpation.

Au toucher vaginal, l'utérus est en arrière de la tumeur, indépendant, presque en rétroversion: au toucher combiné au palper la tumeur est presque immobile. Cependant à droite, les mouvements qu'on lui imprime se transmettent un peu au col.

Les culs-de-sac latéraux et postérieurs sont libres. Le cul-de-sac antérieur est un peu effacé et on y perçoit une fluctuation profonde surtout à droite. A l'hystérométrie la cavité utérine accuse 6 cent. 1/2 à 7 centimètres. Température hier soir 38°6, ce matin 37°4.

Diagnostic. — Soit kyste avec torsion du pédicule, soit trompe suppurée énorme.

Opération le 7 avril. — Laparotomie. Le péritoine pariétal est très épaissi, adhérent à la tumeur dont les parois sont complètement sphacélées, et se déchirent quand on veut faire sortir la tumeur de l'abdomen. Il s'agit d'un kyste avec torsion du pédicule datant de moins de 2 mois. On ponctionne le kyste et on retire 200 grammes environ de liquide couleur chocolat d'odeur fécaloïde (sans qu'il y ait perforation intestinale). Il s'en écoule encore une grande quantité quand on enlève le kyste.

Lavage du péritoine à l'eau bouillie. Extraction de la poche. Les adhérences intestinales faibles se relâchent facilement. Drainage et suture en masse d'une partie de la plaie.

9 avril. — 1^{er} pansement, pas de suppuration. On retire le drain.

15. — On enlève les fils, bonne réunion de la plaie, mais les points de suture suppurent légèrement. Pansement humide.

10 mai. — La malade quitte l'hôpital en très bon état.

Obs. X. — *Double kyste de l'ovaire. — Pédicule tordu à gauche. — Ovariectomie. — Guérison.*

(Due au D^r BOUILLY. — Inédite.)

L... Marie-Isabelle, 47 ans, couturière, entrée le 25 juillet 1894, Réglée à 12 ans, toujours bien. Aucune maladie.

Il y a 2 ans, la malade s'est aperçue que son ventre a commencé à grossir. L'augmentation de volume du ventre était lente et progressive, sans provoquer de phénomènes douloureux. Au début, la miction est devenue plus fréquente, plus tard, ce phénomène a disparu.

Il y a un an les menstruations sont devenues irrégulières, toujours en avance de 6 à 8 jours.

Il y a 6 mois, poussée de péritonite qui a obligé la malade de garder le lit pendant 40 jours. Depuis, petites métrorrhagies intermenstruelles, l'écoulement de sang se produit presque tous les jours, mais est très peu abondant. Les crises douloureuses sont devenues assez fréquentes. La dernière, date de 40 jours. La malade n'a pas maigri ; l'appétit et le sommeil sont conservés. Les fonctions digestives s'accomplissent bien.

Examen à l'entrée. — Ventre volumineux, globuleux, pointant en avant ; Symétrique, peau normale, pas de circulation collatérale.

A la palpation : tumeur médiane remontant jusqu'à l'ombilic, régulière, lisse, rénitente, donnant la sensation d'une tumeur presque solide, légèrement mobile, douloureuse en haut et à gauche ; mate à la percussion. Le toucher vaginal n'a pu être fait, la malade étant vierge.

Le *diagnostic* hésite entre un fibrome utérin et un kyste de l'ovaire à court pédicule.

Opération le 31 juillet. — Laparotomie. Incision de la paroi. On trouve une poche rouge lie de vin tendue ; ponction au gros trocart. Ecoulement de 4 litres environ de liquide couleur chocolat. Parois du kyste infiltrées de sang. Adhérences épiploïques multiples mais faciles à détruire. Pédicule tordu, très court, part près du bord gauche de l'utérus. Ligature du pédicule au fil de soie et section.

A droite, on trouve un autre kyste moins volumineux, contenant un liquide jaune clair, à pédicule assez court, mais sans torsion. Ligature. Excision. Suture de la paroi en masse au crin de Florence.

6 août. — Ablation des fils. Légère suppuration superficielle de la paroi de la partie inférieure de la plaie.

29. — Plus de suppuration, la malade quitte l'hôpital guérie.

OBS. XI. — *Kyste de l'ovaire droit avec torsion du pédicule.*
— *Ovariectomie. — Guérison.*

(Due au Dr BOUILLY. — Inédite.)

P... Marie, 28 ans, ménagère. Entrée le 31 décembre 1894.

Antécédents. — Accouchement à terme il y a 15 mois. On aurait alors constaté à côté de l'utérus, l'existence d'une tumeur. A nourri son enfant pendant 12 mois, et pendant tout ce temps, n'a pas eu ses règles. Ces 2 derniers mois, quoiqu'elle ne nourrisse plus, elle n'a pas eu de règles.

Débuts. — Il y a dix jours, elle est prise subitement d'une douleur extrêmement violente dans le ventre, douleur qui a persisté avec moins d'intensité jusqu'à présent. Peu après, elle commence à perdre un peu de sang.

Ces deux faits joints à la non-existence des règles, la firent supposer enceinte et faisant un avortement ; elle est donc envoyée dans le service d'accouchement. Là elle est tenue en observation et pendant ce temps, elle présente les signes suivants :

Ventre un peu gros et douloureux. Fièvre et vomissements fréquents. Entre dans le service de gynécologie. Le ventre est un peu gros et ballonné ; douloureux à la palpation surtout dans le flanc droit. Là, on arrive à délimiter par la palpation et la percussion une tumeur du volume d'une tête d'adulte, régulièrement arrondie, fluctuante.

Le toucher en fait sentir un prolongement dans le cul-de-sac de Douglas, présentant de la rénitence plutôt que de la fluctuation.

Toucher rectal. — Montre nettement la continuité de ce prolongement avec la tumeur abdominale.

Deux ou trois vomissements chaque jour.

Laparotomie le 8 janvier 1895. — Kyste ovarien droit, pédicule mince du volume du petit doigt, assez court. Tordu une seule fois.

Ponction. — Issue de un litre environ de liquide sanglant ; il reste une masse molle, rouge qui est une partie solide ayant subi une imprégnation par le sang épanché. Ligature du pédicule. Drainage de Mickulicz. Sutures. Les parois de la tumeur sont très friables et se déchirent très facilement. Temp. 39°4, contrastant avec son état général qui paraît excellent. Pouls 80 excellent aspect. Pas de vomissements, pas de douleurs.

9 janvier. — Très bien, encore de la température.

10. — Retrait du drainage. Très bien.

15. — Ablation des fils.

17. — Bien, un peu de suppuration de la paroi.

30. — Quitte l'hôpital.

OBS. XII. — *Kyste de l'ovaire droit avec torsion légère du pédicule.* —
Ovariectomie. — Guérison.

(Due au Dr BOUILLY. — Inédite.)

D... Anne, 49 ans, concierge. Entrée le 7 octobre 1895.

Antécédents héréditaires. — Bons.

Antécédents personnels. — Réglée normalement à partir de l'âge de 14 ans. Mariée à 20 ans. — Deux accouchements, jamais de fausses couches.

1^{er} accouchement, fille à 21 ans. Enfant à terme venu par la tête. 2^e accouchement, garçon à 22 ans. Accouchement facile, suites normales. Toujours bien réglée, elle n'a jamais perdu en blanc et n'a jamais ressenti de douleurs dans le ventre. Depuis une dizaine d'années seulement, elle aurait éprouvé de temps à autre quelques douleurs sourdes et passagères à l'hypogastre.

Début. — La malade fait remonter à une dizaine d'années environ, le début de son affection actuelle. Le développement de la tumeur aurait suivi depuis cette époque une marche lente et progressive.

Marche. — En 1889, elle a eu une métrorrhagie peu abondante, mais continue, laquelle a duré pendant près de 6 mois, avec deux ou trois rémissions d'une quinzaine de jours environ chacune. Dans la suite, la menstruation a été irrégulière et les règles ne sont redevenues normales qu'à partir de 1893.

En avril 1895, la malade a une péritonite aiguë à début brusque avec ballonnement du ventre, vomissements, suppressions des selles.

Elle a été malade pendant 6 à 7 semaines. Complètement rétablie en juin, elle a vu ses règles se supprimer définitivement à partir du mois de juillet.

Etat actuel. — L'état général paraît satisfaisant, les fonctions digestives et urinaires sont normales ; et, depuis le mois de juillet, cette femme n'a jamais souffert du ventre.

Examen local. — A l'inspection de l'abdomen, ventre gros, plus saillant à droite.

Palpation. — Tumeur lisse, régulièrement arrondie, à peu près grosse comme une tête de fœtus à terme ; fluctuante, située vers le milieu de l'abdomen avec empiètement sur la fosse iliaque droite. Cette tumeur est indolente et mobile, et par le toucher et le palper combinés, on peut se rendre compte que sa mobilité est indépendante de celle de l'utérus. Par le toucher et le palper, on trouve un utérus mobile occupant une situation relativement élevée dans le petit bassin. Les culs-de-sac sont souples. Les annexes paraissent saines. Un peu d'ascite.

Diagnostic. — Kyste uniloculaire de l'ovaire droit, avec torsion ancienne du pédicule très probablement.

Opération le 12 octobre. — Laparotomie médiane, allant du pubis à mi-chemin de l'ombilic. Ecoulement d'un peu d'ascite. La cavité abdominale étant ouverte, la tumeur se présente avec quelques adhérences celluleuses qui la fixent à la paroi, ainsi qu'aux organes voisins (épiploon, intestin grêle), dans toute l'étendue de sa face antérieure. Ces adhérences sont facilement rompues, et après les avoir détruites, M. Bouilly peut s'assurer que la face postérieure du kyste est complètement libre d'adhérences péritonéales. La tumeur kystique étant absolument isolée de toutes parts M. Bouilly reconnaît la torsion de son pédicule court, mais mince et étroit. Cette torsion n'est pas complète, mais forme un quart de tour de spire, dirigé de gauche à droite, M. Bouilly détord ce pédicule, puis ponctionne le kyste d'où s'écoule une abondante quantité d'un liquide brun foncé, sanguinolent. Cela fait, le pédicule est lié à la soie, et la tumeur extirpée. Suture de la paroi à deux étages ; profond séro-musculo-aponévrotique au catgut superficiel ; cutané, au crin de Florence.

Examen anatomo-pathologique. — Kyste de l'ovaire droit, uniloculaire, renfermant dans son intérieur d'autres petits kystes à contenu clair, transparent et limpide. Le kyste, régulièrement arrondi,

pouvait avoir la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Vers le point où s'insère son pédicule, sa paroi épaissie forme une espèce de masse néoplasique infiltrée de sang. La partie antérieure de la paroi du kyste, celle qui présentait des adhérences, est ramollie, friable, dégénérée et infiltrée de sang dans son tiers inférieur; à cet endroit existent de grosses veines rampant dans l'épaisseur de la paroi kystique. Les autres points de la paroi kystique sont sains et se présentent avec les caractères classiques des kystes uniloculaires. En somme il s'agit d'un kyste dont le pédicule ne s'était pas tordu suffisamment pour compromettre dans tous ses points la vitalité du néoplasme. Ce dernier privé de circulation dans son 1/3 antéro-inférieur seulement n'a dégénéré qu'en ce point. Ce qui explique qu'on n'ait trouvé d'adhérences que dans la partie antérieure du kyste.

Suites. — Suppuration de la paroi due à la mauvaise qualité du catgut. Cette suppuration a duré du 18 au 28 octobre, il s'est formé au-dessous du fascia superficialis, du côté gauche de la ligne blanche et en bas de l'ombilic, un vrai phlegmon de la paroi que M. Bouilly a dû inciser transversalement le 22 octobre. Le 3 novembre la plaie était très bourgeonnante. La cicatrisation a dès lors suivi une marche rapide et la malade a pu aller au Vésinet le 14 décembre. On lui a fait des pansements humides boriqués sur sa plaie suppurante, à cause de son extrême susceptibilité pour le mercure, donnant lieu chez elle à des éruptions locales (érythème) excessivement vives.

OBS. XIII. — *Kyste dermoïde de l'ovaire à pédicule tordu.*

— *Laparotomie.* — *Guérison.*

(Due au Dr BOUILLY. — Inédite.)

D... Elise, femme D..., 37 ans, domestique. Entrée le 18 mai 1896. Père mort à 61 ans. Mère morte à 47 ans (asthme). 2 frères et 4 sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans. Menstruation a toujours été régulière et normale. Durée 2 à 3 jours, 3 grossesses, 1^{re} 1885 accompagnée d'attaques d'éclampsie. Les 2 autres normales en 1887 et 1888; les deux derniers enfants sont morts l'un à 10, l'autre à 11 mois.

Il y a 3 ans, 5 juin 1893, au cours de son travail, la malade fut

prise subitement et sans cause appréciable, d'une violente douleur abdominale (comme si on lui avait tordu l'intestin, dit-elle), douleur non accompagnée de vomissements. Cette crise dura 2 jours, et la malade reprit ses occupations.

Le 5 juillet 1895. — Nouvelle crise douloureuse, semblable à la première. Depuis cette époque douleurs abdominales vagues, considérées par la malade comme des névralgies.

Dans la nuit du 13 au 14 mai, la malade est réveillée par une crise analogue aux deux précédentes, mais accompagnée cette fois de vomissements ; le lendemain elle consulte un pharmacien qui lui donne une potion calmante. Le 25 la douleur persiste, elle consulte le Dr Rousseau du boulevard Montparnasse, qui ne pouvant pratiquer un examen complet, lui donne une potion et des lavements calmants. Il revoit la malade le 16, constate la présence d'une tumeur du côté gauche et conseille à la malade d'entrer à l'hôpital. Elle reste couchée le 17 et entre le 18 à Cochin dans le service de M. le Dr Bouilly.

Etat à l'entrée. — Bon état général, amélioration par le repos au lit depuis l'entrée de la malade à l'hôpital ; pas de leucorrhée ni de métrorrhagie.

Etat local. — Utérus gros. A sa gauche par la palpation bi-manuelle on sent une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, tumeur isolée de l'utérus n'ayant pas le caractère du fibrome mais rénitente et présentant une fausse fluctuation à sa partie antérieure. Communication des mouvements du col utérin. Saillie par le cul-de-sac antérieur. A la palpation, tumeur sensiblement médiane cependant, empiétant plus à gauche qu'à droite.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

Opération le 30 mai 1896. — Incision abdominale médiane de 8 centimètres agrandie au cours de l'opération. Le péritoine incisé, on tombe sur une tumeur verdâtre médiane, fortement adhérente à la paroi abdominale et sur les côtés à l'intestin. Libération de ces adhérences. Ponction du kyste après garantie de la cavité péritonéale par des compresses aseptiques. Rien ne s'écoule par la ponction. Incision du kyste au bistouri et issue de matière sébacée sortant en vernicellant comme le contenu d'un kyste sébacé ordinaire. Cette matière est recueillie dans des compresses pour éviter la diffusion dans la cavité péritonéale. Une fois que le kyste est isolé et vidé on s'aperçoit que son pédicule est violacé et tordu sur lui-même de gau-

che à droite. Déroulement du pédicule. Ligature à la soie. Section au thermo-cautère. Toilette péritonéale. Drainage par un tube creux de caoutchouc.

Fermeture ordinaire de la paroi. Pansement à la gaze iodoformée.

Examen de la pièce. — Parois du kyste rougeâtres, tuméfiées, criblées d'infarctus hémorrhagiques. Maximum de la congestion au point de jonction de la tumeur et de son pédicule: Celui-ci siège à la partie antérieure et inférieure de la masse, la trompe adhère par des tractus blanchâtres à la partie postérieure. Torsion du pédicule de gauche à droite.

Tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, contenant de la matière sébacée brunâtre et fluide, d'aspect sale. Pas de cheveux, ni de débris osseux, pas de dents.

Après l'opération, température 36°4. Le soir 38°. Pouls à 90 fort et régulier, plus de vomissements.

Le 7 juin. — Ablation des fils.

Le 14. — Le pansement est renouvelé. Etat parfait de la plaie.

Le 20. — La malade se lève.

Le 29. — La malade quitte l'hôpital.

OBS. XIV. — *Kyste de l'ovaire avec torsion légère. — Laparotomie. — Guérison.*

(Due au D^r BOULLY. — Inédite.)

P... Marie, 43 ans, entrée le 11 juin 1897.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts, mais la malade ignore les affections auxquelles ils ont succombé, frère en bonne santé.

Antécédents personnels. — La menstruation s'établit à l'âge de 13 ans, facilement. Les règles viennent régulièrement tous les mois et d'une abondance normale.

1874. — A l'âge de 23 ans première grossesse ; celle-ci évolue normalement, terminée par la naissance d'un enfant viable.

1877. — Deuxième grossesse, l'accouchement se fait à terme et sans aucun accident.

Histoire de la maladie. — Depuis 6 ans la malade souffre du ventre, mais cette douleur abdominale n'est pas intense, ce qui préoccupe

surtout la malade, ce sont des phénomènes de compression du côté du rectum, difficulté d'aller aux garde-robes, la marche devient difficile et la station debout provoque chez elle des envies fréquentes d'uriner. Il y a 6 semaines, elle est prise subitement d'une douleur d'une extrême acuité qui l'oblige à s'aliter, cette douleur se répète sous forme de crises pendant plusieurs jours, mais en s'atténuant, cela décide la malade à entrer à l'hôpital le 11 juin.

11 juin 1897. — A l'examen de la malade on constate que l'abdomen est distendu par une grosse masse du volume environ d'une grossesse de huit mois.

Cette masse est entièrement mate et la fluctuation est perceptible. Les flancs sont sonores. Par le toucher on ne peut atteindre le col qui est très élevé. Le diagnostic porté est celui de kyste de l'ovaire.

19 — Intervention. Laparotomie. Adhérence totale du kyste à la paroi abdominale antérieure et à la partie supérieure à l'épiploon ; la paroi du kyste est couleur feuille morte, c'est un kyste en voie de nécrobiose, demi-torsion de gauche à droite du pédicule, celui-ci est grêle et pas plus gros qu'une grosse artère.

L'évacuation du kyste donne issue à environ cinq litres de liquide couleur chocolat.

Suites opératoires. — Les suites opératoires sont extrêmement simples. Dans la journée qui a suivi son opération, on constate une hypothermie assez marquée ; la température était au dessous de 36° ; injections d'éther et de caféine. La température ne tarde pas à s'élever et le lendemain de son opération atteint la normale. L'état de la malade est bon. Les fils sont enlevés le huitième jour. La plaie abdominale se cicatrise rapidement et quand la malade sort, le 30^e jour après son opération, la cicatrice est en parfait état, et l'état de la malade excellent.

OBS. XV. — *Kyste de l'ovaire droit. — Torsion du pédicule. — Rupture du pédicule. — Le kyste est libre dans l'abdomen. — Laparotomie. — Guérison.*

(Due au D^r BOUILLY. — Inédite.)

Marie Q..., âgée de 28 ans, entrée le 9 février 1898, service de gynécologie. La malade jouit d'une bonne santé habituelle et n'a jamais souffert de l'abdomen avant le mois dernier. Nullipare.

A ce moment elle fut prise brusquement d'une violente douleur

dans l'abdomen accompagnée de vomissements et d'un peu de météorisme. Elle est vue à ce moment par un chirurgien des hôpitaux qui fait le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine, prescrit le repos au lit et la glace sur le ventre.

La malade s'améliore progressivement et son état général est devenu satisfaisant lorsqu'elle est vue par M. Bouilly qui constate la présence d'une tumeur juxta-utérine et indépendante de l'utérus, du volume d'une grosse orange et fait le diagnostic de kyste dermoïde sans songer à la torsion et lui conseille d'entrer à l'hôpital, ce qu'elle fait le 9 février.

Laparotomie le 12 février (plan incliné). — A l'ouverture de l'abdomen on tombe sur le kyste qui a la grosseur du poing, non adhérent et peu passer par la cicatrice sans être ponctionné. M. Bouilly l'amène au dehors et est surpris de voir qu'il vient complètement, après destruction de quelques adhérences légères. Il est complètement libre dans la cavité péritonéale : au point où il s'est détaché on voit un petit tractus blanchâtre, cicatriciel. Le pédicule rompu est retrouvé, il est mince et grêle, siégeant à droite.

Les annexes du côté gauche sont saines. Suture de la paroi en 2 plans, pas de drainage. Intervention très rapide.

Suites bonnes. La malade quitte l'hôpital le 12 mai et en bon état.

Le kyste uniloculaire est rempli de liquide sépia.

Obs. XVI. — *Kyste de l'ovaire gauche avec torsion du pédicule.*

— *Laparotomie. — Guérison.*

(Due au Dr BOUILLY. — Inédite.)

Clotilde M..., gouvernante, âgée de 45 ans. Entre le 20 mai 1898 à l'hôpital Cochin dans le service de M. Bouilly pour un kyste de l'ovaire gauche.

Elle ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel digne d'être noté. Elle a eu 3 accouchements normaux à 18, 20 et 22 ans, son état général est excellent. Réglée à 12 ans 1/2, elle a toujours vu régulièrement et abondamment.

Depuis 2 ans, les règles sont devenues plus abondantes, de plus longue durée (8 à 10 jours), sans que la malade ait jamais eu de grandes hémorragies. La dernière menstruation s'est produite du 28 avril au 10 mai 1898. A cette époque et pendant douze jours la malade a

éprouvé de violentes douleurs abdominales qui l'ont forcée à s'aliter, douleurs plus vives du côté gauche, et depuis ce même temps elle a subi un amaigrissement notable. Elle avait remarqué seulement en janvier de cette année, l'augmentation du volume de son ventre.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, la douleur a complètement disparu, les règles ont cessé depuis 10 jours, on note seulement une abondante leucorrhée glaireuse. Sur la ligne médiane du ventre on trouve une masse du volume de la tête, mobile, fluctuante, indolore, cette masse est haut située, on ne peut la sentir par le vagin, et les mouvements qu'on lui imprime ne sont pas transmis au corps utérin. Celui-ci est gros, en antéverson. Le col est irrégulièrement déchiqueté.

Le 24 mai, M. Bouilly pratique la laparotomie et la castration double. Du côté gauche on trouve un kyste d'aspect violacé, sans altération de sa paroi, sans adhérences, tordu sur son pédicule (un tour $1/2$ de spire), le pédicule a environ 6 centimètres de long, la grosseur d'un gros pouce, tordu de droite à gauche. La loge principale renferme un liquide hématique, les autres un liquide visqueux, ambré. Du côté droit, se trouve seulement un petit kyste ovarique du volume d'une noix, renfermant un liquide séreux. Suture de la paroi en 2 plans sans drainage.

La guérison se fait sans aucun accident et la malade sort de l'hôpital en parfait état, le 15 juin 1898.

OBS. XVII. — *Kyste de l'ovaire droit avec torsion du pédicule. — Fibromes sous-péritonéaux. — Ovariectomie. — Guérison.*

(Observation prise par le Dr BOUILLY. — Inédite.)

Mlle Q..., 55 ans, célibataire, vierge, d'une très belle constitution, n'ayant jamais fait de maladies, s'est aperçue pour la première fois, il y a 5 ans, qu'elle avait une tumeur abdominale qui a été constaté à ce moment par un médecin. Cette tumeur ne donna lieu à aucun symptôme ; les règles ont toujours été abondantes sans exagération dans ces derniers temps, et ont disparu il y a 5 ans ; il y eut une nouvelle apparition il y a un an ; depuis ce temps, il n'y a plus rien eu de ce côté. C'est en septembre 1897 que la malade à la suite de voyages, d'efforts, de fatigues, commence à souffrir de son ventre, à plusieurs reprises elle avait eu des crises douloureuses abdominales

qui furent toujours caractérisées de coliques hépatiques. Vers cette époque, octobre ou novembre dernier, elle fut examinée et on constata que la tumeur avait très sensiblement augmenté de volume. En outre, elle est douloureuse d'une façon presque constante et la malade ne peut plus se livrer à ses occupations ordinaires qu'en souffrant beaucoup. Elle m'est adressée par son frère le Dr Q... de Laval.

En mars 1898, la tumeur soulève la paroi abdominale et fait un relief surtout indiqué à droite jusqu'à un travers de main au-dessus de l'ombilic. Elle dépasse largement la ligne médiane à gauche; en bas, elle plonge dans le bassin en dessous et derrière la symphyse. La paroi abdominale est ferme et résistante : la palpation donne l'idée d'une tumeur solide, de consistance fibromateuse. La pression est douloureuse surtout à droite vers la partie moyenne de la tumeur.

Par le *toucher*, cette tumeur fait saillie dans le cul-de-sac antérieur, l'utérus paraît repoussé en arrière dans le cul-de-sac postérieur, on sent des inégalités et une masse un peu mobile de consistance fibromateuse. Par le toucher et le palper, combinés, on perçoit dans la grosse masse, une sensation de résistance qui permet de croire qu'il y a du liquide dans la grosse tumeur et qu'il s'agit peut-être d'un kyste, malgré l'évolution de la maladie et l'apparence de fibrome. L'examen est rendu difficile par la présence de l'hymen et la rigidité des parois du vagin.

En dehors de la douleur abdominale, la santé générale est excellente. Il n'y a aucun doute sur la conduite à tenir; l'ablation de cette tumeur s'impose; elle est justifiée par son accroissement progressif et la douleur dont elle est le point de départ.

Opération le 17 mars 1898. — Sous le chloroforme. Avec la résolution de la paroi musculaire abdominale, il est facile de constater que la tumeur se compose de 2 lobes, un beaucoup plus volumineux, qui fait la grosse tumeur de droite, un autre moins considérable à gauche et en haut. En outre la tumeur qui était fixe et immobile, peut être facilement déplacée dans le sens latéral et soulevée au-dessus du pubis. La consistance paraît toujours ferme et fibromateuse.

La laparotomie montre qu'il s'agit d'un kyste colloïde multiloculaire de l'ovaire. La ponction ramène successivement des 2 grosses masses un liquide jaunâtre, mélicérique, muqueux qu'on peut évaluer à un litre 1/2. La masse tout entière composée entre les poches liquides, de parties multiloculaires solides, est facilement amenée à

l'extérieur : son pédicule est formé par le bord supérieur du ligament large et la trompe ; il est très long et il est facile de voir qu'il a subi une torsion du côté gauche vers le côté droit : cette torsion est détruite en faisant pivoter la tumeur sur son axe de droite à gauche de la malade. La torsion était peu serrée à cause de la largeur du pédicule qui avait bien quatre centimètres de large ; à ce niveau, il n'y a ni ecchymoses, ni sillon de constriction, ni trouble de nutrition. La largeur du pédicule semble avoir prévenu tous les accidents locaux dus à la torsion. Il semble que la paroi du kyste ait seule éprouvée des troubles de nutrition ; en un point de la face antéro-interne du kyste, dans la largeur environ de la paume de la main la paroi est gris jaunâtre, dépolie, cartilagineuse, rugueuse, tandis que dans tout le reste de son étendue, elle est blanche, lisse et vasculaire. En aucun point, il n'y a d'adhérence avec les organes voisins ; dans le péritoine il y a quelques grammes de sérosité limpide.

L'utérus paraît gros ; à sa face postérieure et supérieure, on constate plusieurs petits fibromes sous-péritonéaux du volume d'un pois ou d'une noisette ; il y en a un peut-être un peu plus volumineux sur la face postérieure et en bas. Mais en tenant compte de leur petit volume, de l'âge de la malade et de l'absence de tout symptôme utérin, je juge convenable de ne pas y toucher. Du reste, pour être complète, leur ablation n'aurait pas exigé moins que l'hystérectomie supravaginale.

Le kyste siège dans l'ovaire droit ; les annexes gauches ne sont pas vues ; ce sont peut-être elles qui sont senties dans le cul-de-sac postérieur. Ligature du pédicule avec 2 soies en chaîne, puis le nœud de Félizet ; thermo-cautérisation du pédicule ; réduction.

L'opération a été simple et facile ; environ 30 minutes. Suture de la paroi au catgut et au crin de Florence. Le chloroforme a été simple et le réveil facile.

Il n'y a qu'un regret à formuler ; je n'ai pas insisté suffisamment pour constater l'état des annexes gauches et voir si l'ovaire gauche ne présentait pas aussi un début de dégénérescence kystique. Le kyste droit est un kyste multiloculaire végétant à l'intérieur de la paroi ; il se compose de 2 poches assez grandes qui ont pu être ponctionnées et d'une multitude innombrable de petits kystes agglomérés, faisant dans le reste de la masse, une tumeur semi-solide.

Suites simples. Dès le lendemain, urines rares, chargées de sels, de bon pronostic.

24 mars. — Ablation des fils : bonne réunion ; un petit peu de suppuration vers le milieu de la ligne de suture, venant de la profondeur et probablement imputable à un catgut insuffisamment désinfecté.

Le ventre est recouvert d'une abondante éruption érythémateuse et pustuleuse sur tous les points qui ont été lavés au sublimé. Onction à la vaseline. La ligne de réunion est soutenue par une large bande de diachylon appliquée transversalement sur l'abdomen et reposant sur un peu de gaze iodoformée au niveau de la ligne des sutures. Bon état général. La cicatrisation est définitive dans les premiers jours d'avril.

La malade quitte la maison de santé en parfait état le 16 avril. Ceinture américaine. Elle s'est plaint pendant quelques temps d'une douleur assez vive dans le mollet droit, sans gonflement ni rougeur, sans apparence de phlébite. Cette douleur s'était déclarée après la première tentative de marche et de descente de l'escalier ; elle a persisté environ pendant une huitaine de jours.

OBS. XVIII. — *Kyste de l'ovaire droit. — Grossesse de 3 mois. — Torsion du pédicule. — Laparotomie. — Guérison. — Accouchement à terme.*

(Observation prise par M. BOULLY. — Inédite.)

Je suis appelé le 11 janvier 1893 pour voir une jeune femme de 23 ans atteinte depuis le samedi précédent, 7 janvier, d'accidents abdominaux graves ayant débuté brusquement, sans cause apparente, le matin au réveil. Cette femme est actuellement enceinte de trois mois et sa grossesse jusqu'à ce jour a évolué sans aucun accident. Cette malade m'est déjà connue ; j'ai été appelé à la voir en août 1892 à propos d'une tumeur abdominale que son médecin lui a découverte au commencement de cette année, peu de temps après son premier accouchement survenu en janvier 1892. Je n'ai pas eu de peine à reconnaître un kyste de l'ovaire droit du volume environ des deux poings, nettement fluctuant, situé dans la fosse iliaque droite, et je donne le conseil formel à la malade de se faire opérer dans un délai rapproché. Mais cette femme n'éprouvant aucune douleur, ayant à soigner son mari atteint de tuberculose, ne tint pas compte de ce conseil, et redevint enceinte en septembre 1892.

Les accidents actuels ont débuté au milieu d'une parfaite santé

par de violentes douleurs, des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, incessants, qui se sont prolongés depuis le début de la crise jusqu'à ce jour (12 janvier).

Un de nos collègues des hôpitaux appelé en consultation le lundi 11 a fait le diagnostic de péritonite, peut-être de pérityphlite, et a prescrit un traitement approprié. En dépit de tout, l'état s'aggrave, la douleur abdominale et les vomissements persistent; le ventre se météorise et je suis appelé à voir la malade le 12 janvier. La malade présente bien les signes classiques d'une péritonite aiguë, généralisée, avec facies hippocratique, pouls petit, etc. Le ventre est très ballonné, surtout sous la région sus-ombilicale, très sensible à la palpation; cependant on peut se rendre compte par l'examen des détails sous-jacents. On constate à la région hypogastrique une tumeur médiane, débordant surtout à droite, fluctuante, très douloureuse, immobile, dont on constate également la présence dans le cul-de-sac vaginal antérieur. En arrière de cette tumeur qui remonte presque jusqu'à l'ombilic, on constate la présence d'une autre tumeur moins élevée, inclinée à droite qui se continue manifestement avec le col de l'utérus auquel les mouvements se transmettent. On reconnaît donc facilement le kyste déplacé en avant et sur la ligne médiane, et l'utérus développé par la grossesse en arrière du kyste et incliné à droite.

Connaissant les antécédents de cette malade, l'existence antérieure du kyste, je fais d'emblée le diagnostic de torsion du pédicule et conclus à la nécessité d'une intervention aussi rapprochée que possible. La malade elle-même réclame du soulagement à tout prix. Je suis très frappé par le déplacement du kyste qui est venu se placer sur la ligne médiane alors que quelques mois auparavant, j'avais nettement constaté sa présence dans la fosse iliaque droite; en outre il me paraît notablement augmenté de volume et beaucoup plus tendu qu'au moment du premier examen.

La malade est transportée le 12 à la maison de santé de la rue Blomet.

Opération, le 13 janvier. — L'abdomen ouvert, on découvre de suite sur la ligne médiane un kyste dont les parois sont noirâtres, couleur lie de vin, absolument infiltrées de sang; les parois sont épaissies et en même temps friables; il y a une véritable infiltration du kyste; à la simple vue, le diagnostic de torsion du pédicule se trouve con-

firmé. Toute la périphérie du kyste est entourée d'une zone d'adhérences récentes qui agglutinent ses parois avec la paroi abdominale, l'épiploon et les anses intestinales en arrière et en haut ; ces adhérences sont molles, saignantes, faciles à détacher ; mais il n'est pas douteux qu'il y a eu inflammation violente tout autour de ce kyste.

La main peut en parcourir tout le tour après décollement des adhérences.

La ponction aspiratrice ramène environ $\frac{3}{4}$ de litre d'un liquide tout à fait sanguinolent et après sa réduction le kyste peut être amené à l'extérieur. On peut alors facilement constater que le pédicule a subi une torsion très prononcée, qu'il est très raccourci et très infiltré de sang ; on doit faire exécuter au kyste un tour $\frac{1}{2}$ sur son axe de gauche à droite pour que le pédicule soit détordu et redevienne étalé ; la torsion s'est donc faite de droite à gauche de manière à représenter un tour et demi de spire. Le pédicule qui paraissait court, reprend de la longueur ; il est environ du volume d'une plume à écrire et présente à sa poche supérieure, assez près du kyste, un sillon de constriction et un amincissement en ce point. Toute la région du bassin est rouge et congestionnée. L'utérus développé comme à trois mois est situé en arrière du kyste légèrement incliné à droite, recouvert au niveau de son fond par des anses intestinales nullement adhérentes. La cavité du bassin renferme quelques cuillerées à bouche de sérosité péritonéale sanguinolente.

Suture du pédicule à la soie, section au thermo-cautère et réduction ; toilette péritonéale ; fermeture de la paroi par une suture à deux étages. La première à la soie, comprenant le péritoine, les muscles et l'aponévrose, la 2^e au crin de Florence ne rapprochant que la peau .

Les suites opératoires sont très simples et rendues tout à fait satisfaisantes par la disparition d'emblée des symptômes douloureux et du retentissement péritonéal. Au 10^e jour, sans cause apparente, sans trace de suppuration de la paroi, il se fait une élévation de la température modérée à 38°5, qui persiste 2 à 3 jours. Jamais il n'y a eu de phénomènes pouvant faire croire à une interruption de la grossesse ; la malade affaiblie mais en pleine convalescence quitte le lit le lundi 13 février et la maison de santé le 17. Les membres inférieurs et la région vulvo-vaginale encore parcourus par de nombreuses varices.

La grossesse a continué à évoluer normalement et se termine en juin 1893.

OBS. XIX. — *Kyste de l'ovaire droit avec torsion du pédicule.*

— *Ovariectomie. — Guérison.*

(Due à M. ARDOUIN interne. — Service du Dr MICHAUX. — Inédite.)

La nommée Octavie C..., femme de chambre, âgée de 23 ans, entrée le 2 février 1898 à l'hôpital Broussais dans le service de M. Michaux pour un kyste de l'ovaire douloureux.

Au mois de janvier 1897, elle a un accouchement normal, depuis lequel elle a cependant toujours souffert.

En juillet, éprouvant des douleurs lombaires et abdominales plus vives, elle consulte un médecin qui lui conseille seulement de ne pas se fatiguer, et en particulier de ne porter aucun fardeau ; il parle, dit la malade de plaie à la matrice. En janvier dernier elle ressent pendant 8 jours de si violentes douleurs du côté droit du ventre qu'elle est obligée de s'aliter ; on note en même temps de la constipation et du ballonnement. C'est depuis cette époque seulement qu'elle a constaté une augmentation de volume de son ventre. La douleur a continué sans s'accroître.

Cependant, dans les jours qui ont précédé l'opération, la malade ne pouvait plus faire aucune course, souffrait en se courbant, n'osait plus, dit-elle, faire aucun mouvement tant elle souffrait. Elle prétend que certains mouvements un peu brusques atténuaient les crises douloureuses, comme s'ils provoquaient un déplacement de la tumeur.

Lorsque nous l'examinons, nous relevons tous les signes d'un kyste de l'ovaire droit d'un moyen volume. Mais ce kyste présente deux particularités. Il est extrêmement mobile ; il est douloureux spontanément et au palper. Il est donc logique de songer à la torsion du pédicule.

Le 3 février, M. le Dr Michaux, assisté de M. Ardouin, pratique la laparotomie et la castration droite. Le kyste présente une coloration violacée, sans grosse altération de sa paroi, sans aucune adhérence. Le pédicule est long de 10 centimètres environ de la grosseur du petit doigt et sa torsion représente 4 tours de spire de gauche à droite. Le contenu est constitué par cinq litres de liquide de couleur bouillon

sale contenant des paillettes de cholestérine. Suture de la paroi à deux plans, sans drainage.

Le soir, la malade est en parfait état et la guérison est obtenue sans incident.

Le 18 juin 1898, nous avons des nouvelles de cette malade. Son état général est bon. Elle ne souffre aucunement. Deux soies de sa suture ont été éliminées.

OBS. XX. — *Kyste de l'ovaire droit rompu dans l'abdomen. — Torsion du pédicule. — Ovariectomie. — Guérison.*

(Due au D^r RECLUS. — Inédite.)

S... Anna, 40 ans, gouvernante. Entrée le 20 mai 1898 à l'hôpital Laënnec. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. La malade jouit d'une bonne santé habituelle. Régulée pour la 1^{re} fois à 16 ans, ses règles ont toujours été régulières et durent 8 jours. Une seule grossesse il y a 15 ans, suivie d'un accouchement pénible ayant nécessité anesthésie et forceps. Bien rétablie, elle n'a jamais eu aucune douleur dans le ventre et ne s'est jamais aperçue de la présence d'une tumeur.

Le 18 mai, au 4^e jour de ses règles qui étaient venues au jour attendu, la malade se lève bien portante : quelques instants après, en préparant son thé elle se sent baignée d'une sueur froide et n'a que le temps de se jeter sur son lit où elle perd connaissance. Quelque temps après, elle reprend ses sens et se sent envahie brusquement au bout de 5 à 10 minutes par une douleur atroce dans le ventre avec sensation de déchirure, douleur se propageant dans les reins et la cuisse droite.

Son ventre se ballonne un peu, elle a des nausées, mais pas de vomissements et vers le soir, un médecin constate dans la fosse iliaque droite la présence d'une tumeur qui n'avait jamais été sentie : la malade elle-même se rend compte qu'elle a quelque chose de volumineux à droite dans l'abdomen.

Le 20. — elle entre à l'hôpital et l'on constate un ventre ballonné qui au premier abord fait penser à une tumeur fantôme, la malade entrant avec le diagnostic de tumeur de l'abdomen. On se rend compte cependant qu'il existe quelque chose de surajouté à droite où la région est entièrement douloureuse, éveillant l'idée d'une péritonite. On

ne fait pas de diagnostic précis, mais on pense à une hémato-cèle péri-utérine.

Laparotomie, le 20 mai (M. Reclus, M. Pétron, interne. — A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide hémato-purulent. On aperçoit alors un kyste affaissé, noirâtre, infiltré, éveillant l'idée de la face utérine d'un placenta. Il s'agit d'un kyste rompu dans le péritoine qui contient encore environ 100 à 200 grammes de liquide noirâtre épais et gélatiniforme.

En soulevant le kyste on voit que son pédicule est gros, noirâtre, rattaché à la corne utérine droite, il est tordu une fois $1/2$ sur lui-même, de droite à gauche, pour le ramener à la rectitude on doit le détourner 3 fois).

Ligature du pédicule à la soie plate.

Toilette du péritoine. Sutures.

Le soir, température 39°.

Le 22. — Température 38° le matin, 39° le soir, la malade est abattue et se plaint de gêne respiratoire.

Le 23. — Point du côté droit : gêne respiratoire : on entend de fins craquements à la base droite.

Le 24. — La malade a une vomique et vide un abcès qui s'était formé à la base droite du poumon. L'examen bactériologique n'a pas été pratiqué.

Le 1^{er} juin. — Apyrexie complète.

Le 15. — La malade se lève guérie Réunion complète.

OBS. XXI. — *Kyste dermoïde de l'ovaire droit avec torsion du pédicule.*
— *Ovariectomie. — Guérison.*

(Due à M. GUIBÉ, interne. Service du D^r POIRIER suppléé par le D^r RIEFFEL. — Inédite.)

B... Augustine, âgée de 28 ans, ménagère, entrée le 19 septembre 1897, à l'hospice d'Ivry.

Antécédents héréditaires. — Excellents. Père et mère encore en vie et en bonne santé. Pas de frères ni de sœurs.

Antécédents personnels. — Un peu d'impetigo autour de la bouche pendant l'enfance. Vers 5 à 6 ans, rougeole suivie de fluxion de poitrine.

Réglée à 15 ans, régulièrement, pendant 2 à 3 jours. Jusqu'à la

première couche, les règles étaient douloureuses. Entre les règles pertes blanches abondantes.

Mariée à 22 ans, a eu 3 enfants et jamais de fausse couche, 1^{re} couche à 24 ans, 2^e, 18 mois après, 3^e au bout de 3 ans, couches régulières, suites normales : tous les enfants nourris au biberon.

Était toujours bien portante, mais cependant portait une tumeur dont elle s'était aperçue à la suite de la 1^{re} couche. C'était une petite grosseur indolore qui resta à peu près sans changement jusqu'au mois de juin dernier. A ce moment elle fut prise assez subitement (à la suite d'un refroidissement survenu pendant les règles), de douleurs vives comme celles de l'accouchement, dit la malade ; avec irradiations dans les reins, les jambes et au périnée. En même temps la tumeur augmenta notablement de volume. Les douleurs furent assez violentes pour obliger la malade à se mettre au lit ; elle y resta 3 semaines, mais les douleurs assez vives au début pour nécessiter des piqûres de morphine, ne durèrent avec cette force que quelques jours.

Depuis, la tumeur est devenue douloureuse et a augmenté de volume. Au bout de 3 semaines, la malade se lève ; les douleurs avaient disparu, mais elles reparaissaient parfois assez faibles, augmentées toutefois pendant les règles. Ces douleurs siégeaient d'abord uniquement à gauche. Néanmoins, dans ces derniers temps, la malade se plaignit parfois de douleurs dans le côté droit.

Règles régulières. Pertes blanches, mais pas de métrorrhagies. Amaigrissement assez notable depuis le mois de juin, appétit conservé. Constipation habituelle.

A l'examen, 20 septembre 1897, on constate ce qui suit. Le ventre est très flasque, abondamment vergéturé, c'est à peine si du côté gauche on voit une légère voussure.

A la palpation. Dans la zone comprise entre l'horizontale menée par l'épine iliaque AS et la ligne médiane, on trouve une tumeur à peu près de la grosseur du poing, assez mobile dans tous les sens, fuyant facilement sous la main, assez bien limitée en haut et latéralement, de consistance ferme, mais non dure, paraissant lisse ou à peine bosselée ; presque indolore.

A la percussion. Sonorité sur sa face antérieure dans toute son étendue.

Au toucher. Utérus assez haut remonté en antéflexion, de volume

normal. Le col est un peu gros, à peine entr'ouvert, avec une légère déchirure à droite.

Au palper combiné au toucher, à droite on ne sent rien. A gauche, on sent très nettement en dehors de l'utérus un petit cordon qui se diverge vers la paroi latérale du bassin : au-dessus de lui et semblant partir de la corne utérine, on sent comme un gros pédicule qui se dirige vers la tumeur. C'est à peine si celle-ci peut être atteinte par le doigt vaginal.

Si on mobilise transversalement la tumeur, on n'imprime aucun mouvement à l'utérus, au contraire, des mouvements de haut en bas et d'avant en arrière, imprimés à la tumeur, sont nettement transmis à l'utérus.

Opération, le 21 septembre 1897 (M. RIEFFEL). — Ether. Incision médiane, après ouverture du péritoine et destruction de quelques adhérences qui l'unissent à la paroi et à l'intestin ; on voit une grosse tumeur de coloration grisâtre, lisse, qu'il est facile d'isoler en grande partie et d'amener en dehors. Là il est facile de voir qu'il s'agit d'un kyste ovarique à pédicule tordu, décrivant à peu près 2 tours de spire dans le sens dextrorsum. Au cours du décollement, la tumeur est légèrement déchirée, et il en sort un liquide jaunâtre huileux. Le décollement s'achève pourtant facilement, on tombe enfin sur une adhérence avec la vessie qui est isolée avec soin. Ligature de la trompe et section au thermo-cautère.

A gauche, on tombe également sur un petit kyste qui est pédiculisé et enlevé. Drainage à la gaze iodoformée, suture de la paroi à 3 étages.

Le soir temp. 37°. Pouls 86.

Le 22 septembre matin, temp. 36°8, pouls 102 ; soir temp. 37°5, pouls 102.

Métrorrhagie : la malade d'ailleurs serait à peu près au moment de ses règles.

Le 23. — Matin 37°2 ; soir 37°5.

La mèche est retirée et remplacée par un drain. Abondant écoulement séro-sanguinolent par la plaie après ablation de la mèche.

Le 25. — Le drain ne donnant plus lieu qu'à un écoulement insignifiant est enlevé.

Le 29. — Ablation des fils. La plaie est entièrement reprise.

Le 13 octobre. — La malade commence à se lever.

Le 17. — La malade sort complètement guérie. Pas d'éventration.

Examen des pièces. — La tumeur est de coloration gris bleuâtre ovalaire, mesurant 16 centimètres sur 10 centimètres. Ouverte elle se présente sous forme d'une poche qui occupe la grande partie de la tumeur ; remplie d'un liquide jaunâtre, un peu huileux et contenant un paquet de cheveux châtain agglutinés par une matière jaunâtre, gluante et formant un véritable feutrage.

La face intérieure de la poche est rouge foncé et lisse, à la partie supérieure on trouve une portion renflée, de couleur rouge foncé comme un caillot sanguin à la coupe, et contenant des esquilles osseuses.

Ovaire droit scléreux, présentant un grand nombre de kystes contenant un liquide limpide.

OBS. XXII. — *Kyste parovarien pédiculisé. — Grossesse de 3 mois. — Torsion du pédicule. — Utérus rétrofléchi. — Laparotomie. — Guérison.*

(Due au D^r CHAPUT. — Inédite.)

Ernestine H..., âgée de 28 ans, entrée salle Delessert, lit n° 2, le 13 juin 1898 à l'hôpital Tenon, service du D^r Chaput.

Réglée à 14 ans régulièrement, sans douleur, mariée à 16 ans. Trois enfants, le 1^{er} il y a 11 ans, le 2^e il y a 8 ans, le 3^e il y a 2 ans.

Couches et suites de couches normales. Pas de fausse couche.

Il y a 5 ans, la malade entre à l'hôpital Tenon parce qu'elle ressentait des douleurs dans le ventre du côté droit et qu'elle sentait une tuméfaction de ce côté. On lui conseille l'opération qu'elle refuse ; on lui fait une ponction sous le chloroforme, en un point qu'elle ne peut préciser et on lui dit qu'elle est atteinte d'un kyste hydatique. Elle reste 3 semaines et sort guérie.

Plus d'accidents jusqu'à ces derniers mois où elle ressent de nouveau des douleurs qui augmentent depuis un mois et deviennent intolérables depuis le 11 juin. Elle a des vomissements bilieux continuels mais elle croit être enceinte, ses dernières règles datent du 2 avril.

La malade a été examinée à son entrée. Elle souffre du ventre qui est très sensible à la palpation, elle a des vomissements, pas de fièvre, elle en aurait présenté les jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital. On hésite entre le diagnostic de kyste de l'ovaire à cause de

la tumeur fluctuante, juxta-utérine ; le fond de l'utérus gros et rétrofléchi empêche la tumeur de proéminer vers les culs-de-sac vaginaux, et le diagnostic de kyste hydatique. Le Dr Chaput, se basant sur l'histoire ancienne de kyste hydatique, pense plutôt à une tumeur de cette nature. La ponction exploratrice qui retire un liquide clair comme de l'eau de roche, semble confirmer son diagnostic.

La tumeur développée à droite, dépasse légèrement la ligne médiane à gauche ; elle dépasse l'ombilic de 2 ou 3 travers de doigt ; pas de matité hépatique ni sous-hépatique.

Le 15 juin, laparotomie. — La ponction ramène 3 litres de liquide clair : ablation de la poche non adhérente, ligature sur la trompe et l'ovaire tout a fait aploplectique. Le kyste était pédiculisé sur le ligament large qui dut être détourné 3 ou 4 fois.

Redressement de l'utérus. Suture.

Ablation des fils 8 jours après. Guérison.

La malade continue sa grossesse.

OBS. XXIII. — *Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. — Torsion du pédicule.*
— *Ovariectomie. — Guérison.*

(Observation prise par M. GÉRARD-MARCHANT, due à son obligeance. — Inédite.)

Mme D..., 32 ans, à Paris. Je suis appelé en février 1894 pour des crises douloureuses siégeant dans le bas-ventre, avec localisation surtout dans le côté gauche. Pas de vomissements mais des envies de vomir ; il y a de la constipation, avec légère douleur en urinant. Sentiment de fièvre, sans qu'il ait été possible d'établir d'élévation de la température, ni de fréquence du pouls. Météorisme abdominal.

Ce n'est pas la première fois que ces crises la prennent : elle souffrait du ventre depuis deux ans environ, mais sans avoir jamais été arrêtée. Dans cette dernière crise qui l'a prise brusquement en allant à la messe, elle a été obligée de s'aliter.

Je trouve la malade dans son lit, courbée en deux, en chien de fusil pour diminuer les douleurs abdominales.

À l'examen je trouve une collection liquide péri-utérine très perceptible par le toucher vaginal et la palpation abdominale combinés : mais si après avoir senti la fluctuation nette on déprime la poche on sent comme une résistance qui ferait songer à un fibrome mou.

Les rebords de la tumeur sont parfaitement arrondis et on les sent bien par le palper abdominal : le bord cubital de la main après avoir déprimé la paroi abdominale s'appuie sur le relief de la tumeur.

Examen négatif de l'utérus par le rectum.

M. Bouilly appelé en consultation confirme le diagnostic de kyste et rattache immédiatement les accidents douloureux à une torsion du pédicule : il conseille d'opérer le plus rapidement possible.

Opération le 19 février 1894. — Durée de l'opération : 3/4 d'heure. Incision médiane abdominale : pas de saignement des parois : légère ascite colorée en rouge. Découverte du kyste qui présente une teinte gris ardoisé avec infiltrations hématiques.

Ponction : issue de sang d'abord, puis de matière crémeuse, blanc jaunâtre (caséum ramolli). Le kyste qui ne peut être vidé complètement est extrait par traction : il n'y a pas d'adhérences, la trompe gauche avec ses franges œdémateuses est couchée sur les parois du kyste.

Le pédicule est très mince, de la grosseur du petit doigt, tordu une fois sur lui-même : au niveau de la striction partie noirâtre, tranchant avec le blanc nacré de la partie du pédicule sous-jacente. Ligature du pédicule au fil de soie : section, il ne vient pas de sang du tout (interruption de la circulation par torsion ?) ; cautérisation phéniquée et au thermo-cautère de la portion un peu noirâtre du pédicule. 3 plans de suture. Pansement iodoformé.

Suites bonnes. Guérison.

Examen de la pièce. — Poches à paroi épaisse de 1/2 centimètre environ : le kyste a la grosseur d'une tête de fœtus à terme.

On trouve une grosse masse de cheveux pelotonnés qui empêchaient la poche de se vider et de sortir. Les cheveux sont implantés sur la paroi ainsi que de petits corps osseux ou cartilagineux.

Infiltration sanguine de la poche qui se déchire facilement. Il y avait eu un retentissement péritonéal car le péritoine et l'intestin étaient rouges et congestionnés.

OBS. XXIV. — *Kyste de l'ovaire droit avec torsion du pédicule.* — Ovariotomie. — Guérison.

(Due au Dr BAZY. — Inédite.)

H..., âgée de 45 ans. Entrée le 7 juillet 1896, à l'hôpital Tenon, salle

Delessert. Pas d'antécédents personnels, ni héréditaires, a eu 4 enfants dont le dernier il y a 15 ans ; tous sont bien portants ; elle n'a jamais été malade après ses couches.

Elle a toujours été bien réglée.

L'abdomen est globuleux et la malade a un peu d'ascite.

8 juillet 1896. — La palpation de l'abdomen permet de délimiter une tumeur irrégulière, arrondie, remontée à 2 bons travers de doigt au-dessus de l'ombilic, douloureuse par une pression légère de tous ses points et surtout du côté et au voisinage de l'ombilic. Cette tumeur est nettement fluctuante. La consistance de la paroi est un peu inégale ; sur la ligne médiane elle est plus ferme que sur les parties latérales. Au toucher vaginal, le col de l'utérus ne se mobilise pas avec la tumeur.

Le 10. — Laparotomie. Incision de 10 centimètres environ. On constate après avoir sectionné la ligne blanche des adhérences en avant de la tumeur, ces adhérences sont récentes et facilement détachées en avant. Le kyste est ponctionné avec un gros trocart ; il s'échappe un liquide hématique, ce qui laisse supposer que le pédicule du kyste est tordu. La quantité de liquide est de 2 litres. Il existe encore des adhérences en arrière et à droite avec l'épiploon, elles sont détachées facilement, et le kyste rapidement extrait. Le pédicule est en effet tordu une fois sur lui-même de droite à gauche, il mesure à peu près 4 centimètres de hauteur. Il est lié avec une ligature en X, et coupé à un bon centimètre en avant. Sur la surface de section on voit une veine obstruée par un caillot sanguin noirâtre. Le cul-de-sac péritonéal de Douglas contient un peu de liquide et de la fibrine rougeâtre, résultat de la péritonite. Les annexes gauches sont saines quoique entourées par quelques adhérences.

On referme l'abdomen par 2 plans de suture. Pansement iodoformé. Chloroforme.

Suites. — Excellentes. La température n'a jamais dépassé 37°6. Elle sort le 7 août de l'hôpital en bon état avec réunion parfaite.

Examen du kyste. — Grand kyste à parois asses minces, contient encore un peu de liquide hématique sépia avec quelques caillots fibrineux récents. Au fond, au voisinage du pédicule est un gâteau de 10 centimètres de diamètre et de 5 centimètres d'épaisseur au centre et diminuant à mesure qu'on se rapproche des bords, constitués par d'anciens caillots, adhérents, fibrineux, réticulés.

CONCLUSIONS

I. — Les principales causes produisant la rotation des kystes sur leur pédicule paraissent se ramener à deux :

α) Déplacement de la tumeur par un changement dans la statique abdominale.

β) Déplacement causé par des modifications dans la tumeur.

D'après la statistique du Dr Bouilly, cet accident se produit dans 7 à 8 0/0 des cas de kyste de l'ovaire.

II. — Les lésions dépendent du degré d'étranglement du pédicule de la tumeur.

III. — La crise douloureuse est la caractéristique de l'affection.

Fréquemment ces crises se succèdent.

IV. — Le diagnostic de l'affection peut être fait dans la grande majorité des cas.

V. — Le pronostic ne paraît pas être aussi grave dans les cas d'étranglement complet, ni aussi favorable dans les cas

d'étranglement léger qu'on le pensait autrefois. Les cas de régression du kyste sont la grande exception.

VI. — Le seul traitement consiste dans la laparotomie qu'il faut toujours pratiquer dans le plus bref délai : le pronostic de l'affection est ainsi très amélioré.

Vu :

Le Président de la thèse,
PAUL BERGER.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie très complète de la question est faite dans la thèse de Moulis, 1890. Nous nous contenterons d'indiquer les principaux travaux parus depuis.

- 1890 **Moulis**. — Thèse Paris.
Cunio et Bitter. — *Berlin. klin. Woch.*, 10 novembre.
Pozzi. — *Ann. de gynécologie*.
- 1891 **Curio**. — *Centralblatt. für Gynæcologie mêm.*
Kutsner. — *Centralb. für Gynæc.*, n° 11.
Duplay. — *Gazette des hôpitaux*.
Baudron. — *Société anatomique*, p. 270.
- 1892 **Boursier**. — *Congrès français de chirurgie*.
Dsirne. — *Annales de gynécologie*.
- 1893 **Boiffin**. — *Archives provinciales de chirurgie*, t. II, p. 568.
Bachmann. — *Correspond. Blatt für schweiz. Aertze*, 1^{er} octobre.
Aug. Lawrence. — *British med. journal*, septembre.
— *Annales de gynécologie*, novembre.
- 1894 **Condamin**. — *Lyon médical*.
Simpson. — *Edimb. med. journal*.
- 1895 **Guichard**. — Thèse de Lyon.
Reymond. — *Société anatomique*, juin.
Cottin. — *Bourgogne médicale*.
- 1896 **Binaud et Chavanaz**. — *Journ. médic. Bordeaux*, 15 mars.
— *Gazette hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 31 mai.
— *Gazette hebd. de méd. et chirurg.*, 4 juin.
Guene Cusnton. — *Annales of Gynecology de Boston*, t. II.
Maugin. — *La gynécologie*.
Bilhaut. — *Journal de médecine de Paris*, 22 novembre.

- 1896 **Giuseppe Coen.** — *Rivista d'ostetrica gynaecologia et pædiatria*, octobre 1896.
Mermet. — *Société anat.*, mars 1856.
Dujardin. — Thèse de Lille.
- 1897 **Seveno.** — Thèse de Bordeaux.
Kisselaff. — Thèse Paris,
Mouthon. — Thèse Paris.
Tixier. — *Lyon médical*, 11 juillet.
- 1898 **Finaz.** — Thèse de Lyon.
Bénard. — Thèse Paris.
Potherat et Lenoble. — *La gynécologie*.
Begouin et Fieux. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, janvier 1898, Bordeaux.
Jordan. — *Britisch medic.*, 2 avril 1898.
-

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier.
